



Título: Similitudes y diferencias en los modelos de abordaje del tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas, implementado por los profesionales en instituciones de Salud, de gestión Pública y Privada de la ciudad de Rosario.

Director: Raúl Gómez Alonso.

Tesista: Silvana Orlandini.

Título a obtener: Licenciatura en Psicología.

Tesis de Grado.

Universidad Abierta Interamericana. Facultad de Psicología y Relaciones Humanas. (Sede Rosario).

Año 2021.

Resumen.

El propósito de este trabajo fue describir y analizar los modelos de abordaje implementados actualmente por los profesionales en el tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas en instituciones de Salud Pública y Privadas (Comunidades terapéuticas, O.N.G y Fundaciones), de la ciudad de Rosario, Argentina. Para el desarrollo de dicho análisis se tomó como marco de referencia la Ley Nacional de Salud mental y Adicciones N° 26.657.

El tipo de estudio que se realizó es no experimental y de corte transversal, ya que hubo una única toma de datos, recortada en un período específico del tiempo. La técnica utilizada para la recolección de datos fue la entrevista semi estructurada, realizada a los profesionales que se desempeñan en la atención y el tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas, con una muestra de cuatro profesionales pertenecientes a instituciones de Salud Pública y tres profesionales pertenecientes a instituciones de Salud Privada, de la ciudad de Rosario. Los ejes que se tuvieron en cuenta para realizar la indagación fueron en torno a desde qué paradigma, concepción del sujeto y de la adicción se parte para el desarrollo de las modalidades de abordaje implementadas por los profesionales en las distintas instituciones, así como también cuales son las estrategias e intervenciones específicas que se llevan a cabo, teniendo en cuenta si se desarrolla un trabajo interdisciplinario e intersectorial en las mismas. También se indagó en torno a la capacitación específica recibida por los profesionales en relación a esta problemática y finalmente sobre las limitaciones y obstáculos que puedan hallarse a la hora de implementar los abordajes propuestos, teniendo en cuenta la valoración y visión personal de los mismos al respecto.

Los principales resultados obtenidos destacan que existen mayor número de diferencias que de similitudes, lo cual nos lleva responder el último objetivo, pudiéndose identificar que no existen criterios unificados en las modalidades de abordaje implementadas por diferentes instituciones, tanto públicas como privadas. Entre una de las principales divergencias se destacó la adherencia a paradigmas contrapuestos, desde el ámbito público y privado, lo cual deriva en las diferentes modalidades de abordaje concretas que se desarrollan en cada institución. Sin embargo un punto en común que pudo destacarse es que en todas ellas se realiza un abordaje que contempla en trabajo interdisciplinario y dentro del cual, el psicólogo desempeña un rol fundamental. A su vez otro punto en común que resaltó, fue la falta de capacitaciones permanentes recibidas por los profesionales involucrados en el área, lo cual delató una ausencia de

propuestas y lineamientos claros por parte del Estado, para el abordaje de esta problemática.

Palabras claves: Adicción. Sustancias psicoactivas. Modelos de Abordaje. Salud Pública. O.N.G. Comunidades Terapéuticas. Ley de Salud mental 26.657.

Índice.

Resumen.....	3
Introducción.....	7
Antecedentes.....	9
Problema.....	13
Objetivos.....	13
Marco teórico.....	14
Capítulo1: Una introducción a la problemática de las adicciones.....	14
1.1 Vínculo de los sujetos con los drogas a lo largo de la historia.....	14
1.2 ¿Qué es una adicción?.....	15
1. 3 Niveles de adicción:.....	18
1.4 Consumo y consumo problemático de sustancias.....	19
1.5 Definición y clasificación de las sustancias psicoactivas.....	22
Capítulo 2: Modelos de abordaje implementados a lo largo de la historia.....	24
2.1. Modelo Ético-Jurídico.....	24
2.2 Modelo Médico-Sanitario.....	24
2.3 Modelo Psico-Social.....	25
2.4 Modelo Socio-Cultural.....	26
2.5. Modelo Ético Social.....	26
2.6 Modelo Multidimensional.....	27
Capítulo 3: Principales paradigmas desde los que es abordada esta problemática.....	29
3.1 Paradigma prohibicionista. Concepción de los trastornos por consumo de sustancias desde el modelo de enfermedad.....	29
3.2 Paradigma de la reducción de daños y la Salud Pública.....	29
3.3. Paradigma de la Complejidad.....	32
Capítulo 4: Tratamientos implementados actualmente para el abordaje de la adicción a sustancias psicoactivas.....	34
4.1. Abordajes profesionales.....	34
4.2. Abordajes no profesionales.....	46
Capítulo 5: Legislaciones y lineamientos establecidos para el abordaje de esta problemática.....	50
5.1. Legislaciones que impactan en la temática.....	50
5.2 Lineamientos vigentes.....	51
Capítulo 6: Instituciones públicas y privadas que abordan la temática.....	55
6.1 Instituciones de Salud Pública.....	55
6.2. Instituciones pertenecientes a la esfera de lo privado.....	61

Capítulo 7: Abordaje de la problemática a nivel municipal.....	63
Marco metodológico.	67
Análisis e interpretación de los resultados.	72
Conclusiones.	100
Referencias bibliográficas.	107
Anexo 1.	113
Anexo 2: Desgravación de las entrevistas realizadas a los profesionales.	115
Entrevistado número 1.	115
Entrevistado número 2.	130
Entrevistado número 3.	137
Entrevistado número 4.	143
Entrevistada número 5.	146
Entrevistada número 6.	154
Entrevistada número 7.	169

Introducción.

Las adicciones constituyen en la actualidad uno de los problemas de salud pública más importantes. (Espada Salado, 2012). Dentro de ellas, el abuso de sustancias psicoactivas conlleva al daño físico, psicológico y social, afectando tanto a la persona que consume como a los demás, siendo un problema de gran impacto en las personas, las familias y las comunidades. La multiplicidad de abordajes y dispositivos que se implementan actualmente no hacen más que dar cuenta de la complejidad de esta problemática que presenta en su causa múltiples factores, lo cual implica que las alternativas de solución sean articuladas desde diferentes sectores y con una mirada integradora. (Cueva, 2012)

Ante este panorama el objetivo principal propuesto en esta investigación es realizar una descripción y un análisis de las modalidades de abordaje implementadas actualmente por los profesionales que trabajan en instituciones tanto públicas como privadas de la ciudad de Rosario, en la atención y el tratamiento de personas que presentan problemas de adicción, en relación específicamente al consumo de sustancias psicoactivas.

Para ello se partirá con una descripción de las modalidades de abordaje vigentes en la región, para luego realizar un análisis basado en las convergencias y divergencias halladas en las mismas, tomando como marco de referencia la Ley de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, la cual en su Artículo 4 explicita que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental, y reconoce a las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, como sujetos de derecho en su relación con los servicios de salud.

¿Por qué el hincapié en las similitudes y diferencias para realizar el análisis?

En la lectura realizada se hallaron multiplicidad de teorías, enfoques y conceptos diversos, algunos de ellos incluso contrapuestos, los cuales aún hoy siguen vigentes y conviven en las modalidades de abordaje que se implementan en la actualidad. Por lo cual resulta fundamental indagar desde que paradigma se parte, cómo se piensa a las personas que consumen sustancias psicoactivas y cuál es la concepción de adicción que se asimila, Tener en cuenta estos aspectos es clave a la hora de analizar las similitudes y diferencias halladas en la práctica que desarrollan los profesionales en las diversas

instituciones, lo cual permite conocer el panorama que se presenta actualmente en la ciudad.

Otro punto que resulta interesante analizar y que parte de lo estipulado en la mencionada ley, es determinar si los abordajes implementados en dichas instituciones, se enmarcan en un enfoque integral, que contemple una mirada interdisciplinaria e intersectorial.

En correlación a lo expuesto y a los antecedentes hallados, merece también ser considerado e identificar si existe unanimidad de criterios en las modalidades de abordajes implementados actualmente, o si la posibilidad de sistematizar los mismos se diluye en la heterogeneidad y contradicciones que se presentan a la hora de profundizar en la temática.

Para llevar a cabo la presente investigación, se realizaron entrevistas a profesionales que trabajan actualmente en el abordaje de la adicción a sustancias psicoactivas, en diferentes instituciones, tanto en el ámbito Público como Privado (O.N.G, Fundaciones, Asociaciones civiles, etc.) de la ciudad de Rosario, Argentina.

Como en toda indagación sobre problemáticas subjetivas, fueron más los interrogantes que se abrieron que las respuestas que se hallaron, por lo cual a partir de este trabajo surgen otros aspectos que resultan de interés analizar, pero que superan los límites de la presente investigación. Los datos aportados en la misma, abren así el campo a futuras investigaciones, que permitan comprar los resultados hallados en la región, con diversas localidades, con el fin de ampliar el conocimiento y la evidencia empírica con la que se cuenta en la actualidad, para abordar esta problemática tan compleja.

Antecedentes.

A continuación se exponen los antecedentes que presentan la información de los diversos artículos científicos hallados en función de las palabras claves elegidas para su búsqueda: “Adicción. Sustancias psicoactivas. Modelos de Abordaje. Salud Pública. O.N.G. Comunidades Terapéuticas. Ley de Salud mental 26.657 “, los cuales sientan las bases de la presente investigación y plasman los puntos fundamentales de interés referentes en la misma.

Los artículos seleccionados se recortan a un período temporal que abarca de los últimos cinco años de investigaciones referidas a la temática, siendo recuperados mediante las bases Scielo y Redalyc, entre otras, resultando la página web: Google Académico, un nexo con las mismas.

Entre los artículos más recientes, se destaca una investigación de Ramírez, (2021), quien plantea que en la actualidad, el 5% de la población mundial de adultos consume alguna sustancia. Un punto interesante que expone es que a lo largo de los siglos XIX y XX se ha legislado en función de prohibiciones que señalaban a los consumidores como enfermos o delincuentes. Sin embargo, en nuestro país en los últimos diez años, se produjeron cambios en las formas de pensar e implementar los abordajes orientados a los consumos problemáticos de drogas que incluyen los derechos humanos de los consumidores, en línea con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, el Plan Nacional de Salud Mental, se enmarca a las adicciones en el ámbito de la Salud Mental.

En estos cambios se observa el desplazamiento de las intervenciones estigmatizantes o penalizadoras basadas en la ley 23.737 (1989) a legislaciones como la Ley de Salud Mental (2010) y el Plan IACOP (2014). Sin embargo, la autora plantea que en la Argentina existe una coexistencia de legislaciones basadas en paradigmas contrapuestos que lleva a debatir sobre la prohibición o la despenalización del consumo de drogas, dejando relegado el debate sobre los abordajes y esquemas de tratamiento para quienes presentan consumos problemáticos de sustancias. En este marco se plantea que, las adicciones y los consumos problemáticos no se encuentran incluidos adecuadamente en el campo de la Salud/Salud Mental

La autora realiza un recorrido sobre los abordajes para los consumos problemáticos de drogas y los paradigmas que los sustentan, planteándose los siguientes interrogantes: ¿Cómo ha llegado a predominar la actual estrategia de atención de las adicciones?

¿Cómo se puede entender la ausencia de un tratamiento, manifestada en la diversidad terapéutica actual? A su vez, teniendo en cuenta que el adicto históricamente ha llegado a ser considerado como un enfermo ¿cómo podemos explicar la aparente falta de abordaje del problema por parte del sistema médico en general?

Según Velázquez (2016), a lo largo de la historia la manera de conceptualizar el uso de sustancias ha cambiado. Lo que en un primer momento se considera un problema moral y lleva a la puesta en marcha de políticas centradas en la penalización del consumo y en la "guerra contra las drogas", da paso a la concepción del fenómeno como un problema médico-sanitario, que conlleva a los primeros tratamientos que se desarrollan hasta los años 80, basados fundamentalmente en el cese del consumo y la rehabilitación, dando gran importancia también a la prevención.

Según Ceriani (2018) las políticas de drogas llevadas adelante por el prohibicionismo durante más de cien años han demostrado ser ineficaces en todo el mundo. Sus efectos han sido muy graves en materia de salud. Durante los últimos años, cambios normativos y legislativos (Ley Nacional de Salud Mental en 2010, sanción de la Ley IACOP y transferencia de objetivos relativos al control del narcotráfico desde la SEDRONAR al Ministerio de Seguridad en 2014), procuraron introducir otras perspectivas en el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias desde un enfoque de derechos. Sin embargo, el sistema de salud aún no funciona con la lógica propuesta por la nueva ley de Salud Mental. Aunque se avanzó en la articulación con los gobiernos locales, falta perfeccionar el trabajo de manera integral sobre los problemas de adicciones y poder consolidar el trabajo interdisciplinario. Por lo tanto para fortalecer la asistencia se requiere de más dispositivos, más profesionales y más participación comunitaria. Se deben implementar políticas integrales, tal como lo prevé la Ley nacional 26.934 que instaura el “Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos”, y se debe reposicionar a los jóvenes desde un lugar de sujetos de derechos, valorando sus potencialidades. En base a estos antecedentes, el Plan Nacional de Salud Mental tiene por delante varios desafíos: superar la estigmatización y discriminación de las poblaciones y personas en situación de vulnerabilidad; las adicciones no adecuadamente incluidas en el campo de la Salud/Salud Mental y una Red de Salud Mental inadecuada, cuando no inexistente a la modalidad de abordaje planteada por la Ley.

En la Argentina, según Levin (2013), existen una infinidad de instituciones que se dedican al tratamiento de adictos a sustancias psicoactivas. Desde el Estado, sin embargo, se siguen básicamente dos estrategias en la actualidad:

a) Atención primaria en hospitales públicos y en el Centro Nacional de Reeducción Social (CENARESO) y

b) A través de la Secretaría de Programación para la Prevención de La Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) donde se ofrecen becas para tratamientos ambulatorios y residenciales en instituciones especializadas.

Sin embargo, según el autor, estas estrategias responden a concepciones diferentes del fenómeno adictivo y no poseen un marco coherente de funcionamiento a lo que cierto sentido común indica. Según lo planteado en la investigación, la atención de adictos en hospitales locales es un fenómeno relativamente reciente y son pocos los hospitales que poseen un mecanismo concreto de atención de adictos. Por otro lado, desde 1973 existe el CENARESO, el único hospital público especializado en adicciones y que como tal, brinda tanto tratamientos ambulatorios como residenciales. Cuando un caso necesita internación, se activa otro mecanismo, el que implementa la SEDRONAR que ofrece un enorme abanico de instituciones (entre las que también se incluye al CENARESO) que brindan tratamientos residenciales. La mayor parte de estas instituciones se pueden clasificar en la modalidad de comunidad terapéutica. Sin embargo el autor plantea que estos mecanismos (hospitales públicos, comunidades terapéuticas y otras instituciones de SEDRONAR y CENARESCO), presentan estrategias de atención completamente diferentes. No solamente en lo que respecta a la complejidad de los casos. Las comunidades terapéuticas y los hospitales, trabajan bajo diferentes supuestos cognitivos y concepciones sociales de la adicción, sin que haya una unificación de criterios aparente entre ellos y/o por parte del Estado. De este modo, un adicto que, por ejemplo, pasa tres meses internado en una comunidad terapéutica y que posteriormente requiere una atención ambulatoria, se ve sometido a dos tipos de tratamientos que, muchas veces, son contradictorios entre sí o, en el mejor de los casos, no se interfieren directamente.

En lo que respecta específicamente a la ciudad de Rosario, según una investigación de Del Carlo (2013), existe una carencia de líneas directrices en la política pública municipal en relación a las drogas, expresada por ejemplo en la reducción al denominado “Programa de Adicciones” a una entidad que sólo gestiona la transferencia

de recursos financieros desde el estado municipal a instituciones privadas para tercerizar servicios. La falta de continuidad de Programas e Instituciones, de apoyo en recursos materiales y humanos son otros indicadores de esta falta de lineamientos.

Pawlowicz (2015), en su trabajo arriba a la conclusión de que nos enfrentamos con una brecha entre: por un lado, una ley, como la de Salud Mental, que promulga y declara transformaciones auspiciosas, que reconoce derechos y promueve respuestas innovadoras, y por otro a resistencias que se observan en algunas prácticas institucionales cristalizadas y en procesos de institucionalización burocratizantes, entre otras.

Respecto al campo de los abordajes implementados, según Apud (2016), queda profundizar en estrategias que tomen en cuenta las relaciones entre sustancias, sujetos y contextos. En este punto según Lorenzo (2019), lo importante es tener en cuenta que no todo consumo es problemático, que las personas entablan un vínculo con la sustancia que es necesario conocer antes de intervenir. Para poder luego, junto con la participación del sujeto aspirar a reducir los daños y los riesgos, generar autonomía y poder construir un proyecto de vida. El abordaje se debe plantear desde una mirada de singularidad, en clave de época y situación. Y por sobre todas las cosas no olvidarse que ante todo es un sujeto de derecho y que la ley de Salud Mental los debería amparar en este proceso. Hay que poder conservar el vínculo y la confianza para que los sujetos con dichas problemáticas puedan tener a quien recurrir cuando lo necesitan, sin sentir que son juzgados.

Según Carew (2014), la problemática de las adicciones es ya un fenómeno extremo que nos interroga y que requiere recrear los marcos teóricos, delimitar los campos de intervención, reformular los dispositivos de abordaje, como así también, renovar los intercambios con otras disciplinas. En su trabajo el autor plantea una interrogación respecto de los diversos discursos y tratamientos instituidos para la problemática de las adicciones e introduce una reflexión respecto de la posición del clínico frente a estas variables institucionales en sus intervenciones concretas en los ámbitos en los que despliega su práctica.

Problema.

¿Cuáles son las similitudes y diferencias entre los modelos de abordaje implementados actualmente por los profesionales, en el tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas en instituciones de Salud, de gestión pública y privada de la ciudad de Rosario?

Objetivos.

Objetivo general.

- Analizar las similitudes y diferencias en los modelos de abordaje implementados actualmente por los profesionales que trabajan en el tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas, en instituciones de salud, de gestión pública y privada (Comunidades terapéuticas, O.N.G y Fundaciones), de la ciudad de Rosario.

Objetivos específicos.

- Describir los modelos de abordaje implementados actualmente por los profesionales en el tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas en instituciones de salud, de gestión pública y privada (Comunidades Terapéuticas, O.N.G y Fundaciones), de la ciudad de Rosario.
- Analizar las similitudes y diferencias entre los mismos, tomando como marco de referencia la Ley Nacional de Salud mental y Adicciones N° 26.657.
- Identificar si existe unanimidad de criterios en los puntos analizados.

Marco teórico.

Capítulo 1: Una introducción a la problemática de las adicciones.

1.1 Vínculo de los sujetos con las drogas a lo largo de la historia.

A lo largo de la historia, en algunas sociedades tradicionales, las drogas se han vinculado a prácticas medicinales y a rituales religiosos. La variación cultural respecto a su utilización ha sido múltiple según el momento histórico, el lugar o la significación. En diversas sociedades, el ser humano en su afán de dominar la naturaleza, el caos, las catástrofes y también en pos de comunicarse con los dioses, realizó rituales. De esta manera, las personas experimentaron cómo acercarse a esas fuerzas, indómitas hasta el momento. Dicho acercamiento se realizó a través de hierbas, hongos, que contribuyeron a vincularse de modo directo con un ámbito que resultaba humanamente incognoscible. Pero estas vinculaciones se modificaron durante el siglo XIX. En este período se comenzó a pensar a las drogas como una cuestión que afectaba a quienes las consumían y también al contexto social.

A finales del siglo XIX, con una notable expansión en el siglo XX, el uso de sustancias se percibió como un tema de incumbencia social y se transformó en problemático porque se temía que el sujeto organizara su vida en función de ellas. Ese temor escondía la verdadera preocupación por parte de los Estados ya que temían que se pusieran en riesgo los sistemas de producción. Si el individuo desarrollaba dependencias de las sustancias no se incorporaría plenamente al modelo productivo industrial incipiente. Esta fue una de las más poderosas razones por las cuales se comenzó a pensar la relación entre las personas y la sustancia. A razón de ello en las sociedades occidentales, a partir del XX la drogadependencia fue construida como un “problema social” del cual los poderes públicos deben ocuparse. Es así como en 1909 se reúnen en Shangai trece naciones para establecer las primeras medidas del control del tráfico de opio y regular la circulación considerado para uso médico. Luego los convenios de Ginebra serán una serie de acuerdos para la fiscalización de los estupefacientes. En 1925, la Segunda Convención Internacional del Opio amplía la esfera de acción pública, realizando acuerdos tendientes a ocuparse ya no del tráfico sino del consumo de esta sustancia. Pero no fue sino hasta 1964 cuando entró en vigencia la Convención Única sobre Estupefacientes, que ordenó la legislación existente

y que incluía obligaciones relacionadas con el tratamiento médico y la rehabilitación de toxicómanos. En ese contexto, la prohibición del uso de las “drogas peligrosas” se basó en la protección tanto a las personas como a la sociedad.

El consumo pasó de ser una práctica privada (como en las culturas tradicionales), a una muestra de debilidad moral de ciertos grupos que posteriormente serían considerados peligrosos. De esta manera, las prácticas rituales quedaron relegadas a un segundo plano.

En función del giro copernicano que se produjo en la forma de comprender la cuestión de las drogas, durante el siglo XX se adoptaron estrategias orientadas a regular el consumo en la población general. La herramienta privilegiada fue la prohibición, acompañada de una fuerte estigmatización.

El prohibicionismo, es la modalidad estatal más elegida por occidente al momento de intervenir en la cuestión de las drogas. Este mecanismo, pone el eje de la cuestión en las y los consumidores, responsabilizándolos y etiquetándolos como trasgresores. Basados en estos postulados, los gobiernos occidentales legislaron y prohibieron la relación directa de los individuos con ciertas sustancias consideradas nocivas para la salud humana. Así, se etiquetó a los consumidores y se los catalogó como “enfermos”, “desviados”, “delincuentes” o “peligrosos”.

Sin embargo, a pesar de las estigmatizaciones muchas personas utilizaron las sustancias para encontrar alivio a la incertidumbre generada por el estilo de vida impulsado en la modernidad.

Por otro lado, más avanzado el siglo XX, se empieza a incorporar la reducción de daños como una estrategia para sustituir sustancias potentes, por otras que son livianas y menos dañinas. Este tipo de intervención requiere campañas de educación y preparación para que se realice el menor daño posible a la persona y su círculo social. Esta modalidad llega a la Argentina a finales de 1980 y 1990 y será retomada durante los siguientes treinta años para pensar alternativas a la intervención, basadas en el paradigma de los derechos humanos. (Ramírez, 2021).

1.2 ¿Qué es una adicción?

1.2.1 Definición de la adicción desde una perspectiva psicoanalítica.

Si nos remitimos a un enfoque psicoanalítico, el concepto utilizado para referirse al uso y abuso de sustancias es el de toxicomanía, el cual proviene del griego “toxicon”, que significa “veneno”, y del latín “manía”, que se entiende como locura caracterizada por

delirio y agitación. De este modo, etimológicamente, la toxicomanía sería una alteración mental que induce al individuo al consumo de un veneno. La Real Academia Española define el término de toxicomanía como: “un hábito patológico de intoxicarse con sustancias que procuran sensaciones agradables o que suprimen el dolor”. Sin embargo, la toxicomanía se coloca en un lugar casi abstracto a la hora de ser teorizada, ya que diferentes campos tratan de fijar una definición y descripción general del cuadro de la adicción, lo que es complicado, pues este abarca factores tanto biológicos como psicológicos y sociales. La posición analítica no implica una descripción y clasificación de los síntomas que muestra el sujeto, sino que trata de un enfoque en relación al sujeto del inconsciente y sus implicancias en relación al Otro. (Mendieta, 2013).

Si nos remitimos a al padre del psicoanálisis, Freud (1930), en el "El malestar en la cultura", menciona diferentes objetos que sirven de remedios al “dolor de existir”, donde la pérdida inevitable de la felicidad (de goce) que acarrea la cultura promueve en los hombres dos diferentes actitudes, algunos rechazan esa pérdida y por lo tanto insisten en gozar, mientras que otros se contentan con “evitar el dolor de existir”, por medio de algún “subterfugio”, refiriéndose al uso de sustancias químicas, a las que define como "el método más tosco, pero también el más eficaz" al que se puede recurrir. Establece así al objeto químico, como al más poderoso “quita penas”, pero al mismo tiempo el más perjudicial.

Otro referente teórico que no se puede dejar de mencionar en el campo del psicoanálisis es Le Poulichet, (1990) quien se refiere a las adicciones como *pharmakon*, el cual tiene el doble sentido de veneno y remedio, una única palabra para dar la vida y para dar la muerte.

1.2.2 Concepción de la adicción desde una perspectiva biológica.

Desde esta perspectiva, lo que define lo que llamamos "adicción" es una "falta de control relativa" sobre el consumo y un girar de la vida psíquica en torno al consumo de la sustancia. Es decir, algo ocurre que el consumo de la sustancia se vuelve "compulsivo", deja de estar supeditado totalmente a la voluntad del sujeto. La explicación de esta “relativa falta de control”, que da paso a la compulsión, parece mucho más viable desde el plano de la biología. Si bien se reconoce estar lejos de una explicación satisfactoria, la investigación en el plano biológico ha llevado a la identificación de los llamados "circuitos de recompensa" que involucran distintas áreas

del cerebro y que estarían asociados a la producción de sensaciones placenteras relacionadas con las conductas naturales. Es así como se intenta elaborar un mapa de los circuitos nerviosos en que se basa la experiencia del placer y se intenta determinar los cambios biológicos involucrados en los distintos planos. Se estaría hablando aquí de un cambio en procesos neurofisiológicos y en alguna medida en determinadas estructuras del sistema nervioso, producto del ingreso en forma suficientemente frecuente, masiva y sostenida en el tiempo de determinadas sustancias. Estas sustancias tienen características específicas, capaces de "desregular" el funcionamiento de determinadas vías nerviosas involucradas en los circuitos del placer. Habría que pensar este cambio como algo ajeno a la psique, que ocurre a nivel del organismo. (López, 2006).

1.2.3 Concepción de la adicción desde la O.M.S (Organización Mundial de la Salud)

En 1980, la adicción es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre las enfermedades llamadas del "tercer estadio". Esto es, aquellas enfermedades que han alcanzado proporciones epidémicas como resultado de los cambios en las condiciones sociales de las familias y las comunidades, como el desempleo, las migraciones, etc. Esto indica que actualmente se encuentra entre las preocupaciones de primer nivel a escala internacional en temas de salud.

Si nos remitimos a esta definición establecida por la OMS en este período, la adicción es una enfermedad física y psico-emocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación, la cual se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Es una enfermedad progresiva y fatal, caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad. Para poder hablar de dependencia física y psicológica las personas presentan tres o más de los siguientes criterios en un período de 12 meses:

- a. Fuerte deseo o necesidad de consumir la sustancia (adicción).
- b. Dificultades para controlar dicho consumo.
- c. Síndrome de abstinencia al interrumpir o reducir el consumo.
- d. Tolerancia.

e. Abandono progresivo de intereses ajenos al consumo de la sustancia. (Inversión del tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia).

f. Persistencia en el uso de la sustancia a pesar de percibir de forma clara sus efectos perjudiciales.

1. 3 Niveles de adicción:

➤ **Experimentación:** es el caso donde la persona, guiada por la curiosidad, se anima a probar una droga, pudiendo posteriormente continuar el consumo o interrumpirlo

➤ **Uso:** el compromiso con la droga es bajo. Se consume los fines de semana y en oportunidades casuales. No existe deterioro laboral, social o familiar. No presenta episodios de intoxicación. El consumidor sólo busca un cambio de sensaciones. Sin embargo toda droga genera dependencia física o psíquica progresivamente y es fácil caer en el abuso.

➤ **Abuso:** el uso se hace regular durante casi todas las semanas y hay episodios de intoxicación. Ejemplo: en alcohol una intoxicación es cuando ya se presenta una resaca, lagunas mentales. La droga va dirigiendo progresivamente la vida, se presenta deterioro académico, laboral, social y familiar. El estado de ánimo es cambiante (una vida normal y una vida adictiva y desconocida la mayor parte de veces por la familia).

➤ **Adicción:** la relación con amigos y familiar se rompe, dificultades académicas y laborales. La búsqueda de la droga se realiza de forma compulsiva. Es difícil la abstinencia. Hay compromiso orgánico. Hay conductas de riesgo como: promiscuidad sexual, uso de drogas intravenosas o combinación de varias drogas, el estado de ánimo depende de la etapa consumidor/abstinencia.

En 1994, el Glosario de la OMS define como consumo (de alcohol o drogas) a la “autoadministración de una sustancia psicoactiva” y aunque muy frecuentemente se identifica al consumidor de sustancias como “adicto”, existen diferentes tipos de vínculos de las personas con las sustancias sin ser todos ellos adicciones. A continuación se detallan algunos modelos para entender y ubicar los distintos patrones de consumo:

➤ **Uso/consumo experimental:** se consume por algún motivo como puede ser curiosidad, presión de los amigos, entre otros. Se “prueba” la sustancia por primera vez, no reiterando dicho consumo.

➤ **Uso/consumo ocasional:** se consume la sustancia en determinadas ocasiones o momentos de la vida, como puede ser una reunión con amigos en un fogón, salir a bailar, etc.

➤ **Uso/consumo habitual:** el consumo es frecuente, cotidiano y no se asocia exclusivamente a determinadas situaciones.

➤ **Uso/consumo inveterado/dependiente:** el consumo pasa a convertirse en una conducta en torno a la cual se organiza la vida, dedicando la mayor parte del tiempo a pensar en ello (buscar la sustancia, obtener dinero para comprarla, consumirla y recuperarse de sus efectos).

Este tipo de clasificación ha sido puesto en tela de juicio en los últimos años debido a que al enfocarse en la periodicidad del consumo se pierden de vista otros aspectos relevantes. (Matthys. 2018).

1.4 Consumo y consumo problemático de sustancias

Más recientemente, se comienza a realizar un análisis "transversal" diferenciando consumos problemáticos y consumos no problemáticos. Esta distinción no tiene en cuenta sólo la situación de consumo en sí, sino principalmente sus consecuencias. Asimismo, considera que pueden existir situaciones de consumos problemáticos tanto con drogas legales como ilegales

Según Lorenzo (2019), vivimos en una sociedad de consumo donde todos consumimos distintos bienes y servicio. Y el consumo problemático es una problemática más entre las emergentes de dicha sociedad. El consumo de sustancias se inscribe como parte de un tejido social donde se consumen todo tipo de objetos. Al hablar de consumo problemático estamos sacando el foco del problema en la sustancia y trasladándolo al vínculo que los sujetos establecen con determinado objeto, sea sustancia psicoactiva o no. La idea es poder reflexionar sobre la relación compulsiva que tiene el sujeto con un determinado objeto que afecta la salud psicofísica y principalmente el lazo social. La apuesta es alejarnos de una mirada estigmatizante hacia los sujetos que consumen sustancias para hacer eje en la restitución de derechos y la reconstrucción del lazo social a través de la salud comunitaria como una propuesta superadora. Con la noción de consumo problemático lo que se intenta es remover el estigma del término adicto, que tradicionalmente se vinculaba a los sujetos que había que sacar de la comunidad para que hicieran un tratamiento por ser considerados

enfermos o delincuentes. La noción de consumo problemático forma parte del paradigma de salud integral que propone la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental, donde la sustancia no es el aspecto central sino la restitución de derechos humanos y sociales de los sujetos que atraviesan por situaciones de consumo.

- **Consumo no problemático.**

Es el tipo de consumo en el que, bien por su cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se evidencian consecuencias negativas en el consumidor ni en su entorno.

- **Consumo Problemático.**

Se entiende por consumo problemático a aquella forma de relación con las drogas en la que, bien por su cantidad, por su frecuencia y/o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno. Como ser: complicaciones físicas y/o psíquicas; incapacidad para cumplir obligaciones; utilización en situaciones cuyo uso puede comportar un peligro; problemas judiciales, interpersonales o sociales persistentes o recurrentes causados o agravados por el uso de drogas, etc. Un único episodio de consumo puede ser fatal

Este tipo de consumo conlleva un deterioro clínico significativo, que da lugar al incumplimiento de las tareas habituales y/o alteraciones en las relaciones interpersonales sean sociales o familiares

Para determinar si un consumo es problemático o no se debe afinar la mirada, no es suficiente cuantificar la frecuencia porque puede haber consumos esporádicos en los que el sujeto abusara rotundamente de la sustancia. Tampoco podemos atender sólo a la cantidad, ya que podría haber consumos que en apariencia no resultaran excesivos, pero repetidos con frecuencia podría estar dando cuenta de una dependencia. (Camarotti, 2013)

La principal característica del consumo cuando se torna problemático es cuando el conflicto comienza a ser la misma persona que se comporta de manera distinta. A medida que aumenta la frecuencia del consumo se dificulta el sostenimiento de los vínculos interpersonales en diferentes ámbitos cotidianos.

La relación entre los factores sociales, familiares e individuales puede predisponer para la emergencia de prácticas adictivas, pero en general es necesaria, además, la aparición de alguna situación de crisis, de un factor desencadenante. Estas situaciones pueden ser diversas: frustraciones, problemas, carencias afectivas, crisis evolutivas, pérdida del trabajo, mudanza, pérdida de un familiar, de un amigo, de la pareja, fracaso escolar, etc.

Los factores desencadenantes son situaciones que generan angustia y que si no se elaboran adecuadamente pueden llevar, como síntoma del problema no resuelto, a este tipo de consumo problemático de drogas. Por lo tanto, la adicción es la manifestación de la conjunción de diferentes factores. A partir de ello, debemos inferir que es un síntoma visible que apunta a otra problemática.

Siguiendo la clasificación que realizan Fernández, S y Lapetina, A, (en Matthys 2018) existen tres tipos de uso problemático:

- **Intoxicaciones agudas:** se trata de un uso donde se consumen cantidades de la sustancia que el organismo no puede metabolizar adecuadamente. Frecuentemente se asocian a las intoxicaciones problemas tales como accidentes de tránsito (sobre todo vinculados al consumo excesivo de alcohol), violencia, sobredosis, resaca, problemas legales, etc.

- **Uso regular o crónico:** no se trata de una intoxicación grave puntual, sino de casos en que las personas consumen dosis leves o moderadas de una determinada sustancia durante un período de tiempo relativamente largo. Los usos regulares pueden generar problemas de salud, problemas financieros, problemas de relacionamiento familiar y social, problemas legales, etc.

- **Dependencias/adicción:** son aquellos casos donde una persona siente o cree que no puede vivir sin una sustancia, y la utiliza en forma permanente y de manera compulsiva.

Tienen adicción las personas que no pueden parar de consumir, que viven por y para las drogas o cuando se tiene la necesidad inevitable de consumir alguna sustancia y se depende física y/o psíquicamente de ella. Las personas pueden tener adicción tanto a drogas ilegales como legales. Cuando a un organismo acostumbrado a dosis constantes y elevados de ciertas sustancias y se lo priva bruscamente de las mismas se da un cuadro

clínico que se conoce como síndrome de abstinencia, generando descompensaciones orgánicas que pueden poner en riesgo la vida de la persona.

- **Policonsumo:** un comentario especial merecen los casos de policonsumo. Que resulta ser una de las modalidades más común entre los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas que significan cuadros clínicos de mayor complejidad. Se caracteriza por la suma de sustancias, las que interaccionan, potenciando o antagonizando sus efectos, siendo más difícil por ello su diagnóstico y tratamiento. Las asociaciones más comunes son aquellas que incluyen alguna bebida alcohólica con psicofármacos y/o bebidas energizantes, clorhidrato de cocaína o “paco” con psicofármacos y/o alcohol, entre otras.

1.5 Definición y clasificación de las sustancias psicoactivas

Existen distintas clasificaciones para las sustancias psicoactivas. De acuerdo con la Guía de Orientación a la Magistratura para la Adecuada Atención de Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas (Comisión Interdisciplinaria de Expertos en Adicciones, 2010), en (Canavessi, 2016), las drogas psicoactivas son sustancias químicamente muy diversas que luego de su administración se unen a distintos sitios en el cerebro y la periferia del sistema nervioso central, generando diferentes efectos fisiológicos y conductuales dependiendo de su pertenencia a distintos grupos:

- **Psicoanalépticos (Estimulantes):** estimulan la actividad mental y nerviosa, aumenta los niveles de actividad motriz y cognitiva, refuerza la vigilia, el estado de alerta y la atención. Pertenecen a este grupo las anfetaminas, las metaanfetaminas, los derivados metaanfetamínicos, los alcaloides derivados de la hoja de coca (cocaína, el “paco” o pasta base, crack).
- **Psicolépticos (Depresores):** inducen a la relajación y depresión de la actividad mental. Este grupo incluye a los derivados naturales y sintéticos del opio, los hipnóticos, sedantes o ansiolíticos, los neurolépticos o antipsicóticos, los solventes volátiles (usados en pegamentos) y el alcohol.
- **Psicodislépticos (Alucinógenos):** Son capaces de producir fenómenos mentales no ordinarios, como alteraciones de la sensorio-percepción, del humor y de la conciencia. Se incluye en esta lista a sustancias como: LSD, mezcalina, psilocina y psilocibina, el cornezuelo del centeno y sus respectivos alcaloides la

ayahuasca, el peyote y los hongos psicoactivos, la belladona, el beleño, la mandrágora, el toloache y las brugmansias (floripondio).

- **Cannabinoides:** Son sustancias presentes en las plantas cannabináceas con capacidad estimulante, depresora y alucinógena. Están contenidos en la marihuana y el hachís.

Esta clasificación resalta la invalidez de usar el concepto monolítico “la droga” para referirse a un conjunto muy amplio y diverso de sustancias, con diferentes potenciales toxicológicos, y diferentes riesgos asociados.

Capítulo 2: Modelos de abordaje implementados a lo largo de la historia.

2.1. Modelo Ético-Jurídico

Este modelo surge hace más de cien años y es cronológicamente el primer modelo preventivo asistencial. El eje de análisis está puesto en la sustancia psicoactiva. Las sustancias psicoactivas (para este tipo de discurso: las drogas) son la causa de todos los males individuales y sociales, un flagelo compuesto de drogas, delincuencia, vicio.

En este análisis el sujeto es un actor secundario, que se convierte en un objeto dominado por la sustancia psicoactiva. Como se trata de un modelo principalmente jurídico, su consideración de las sustancias está determinada por el criterio de legalidad, y por eso resulta primordialmente punitivo. Hay sustancias lícitas y sustancias ilícitas. Según esta concepción, entonces, el consumidor de drogas ilícitas viola la ley y se convierte en un transgresor. De esta manera, la dimensión contextual queda reducida a la dimensión normativa (nada se dice de lo social, es decir, de ese contexto social que se hace texto subjetivo a nivel de la subjetividad), y la clasificación entre normales y desviados organiza el encuadre. Las categorías epistémicas que dominaban y dominan este tipo de análisis suelen ser: flagelo, delincuencia, vicio, desviación, anormalidad, etc.

Tratándose de un modelo punitivo, tanto la reducción de las sustancias psicoactivas a partir de la prohibición de su oferta, cultivo, elaboración, fabricación, distribución y venta como la penalización del consumidor son estrategias centrales. En ambos casos, son estrategias abstencionistas. Resabio de este modelo es la Ley Nacional 23.737, que penaliza en nuestro país la tenencia de sustancias psicoactivas ilícitas para consumo personal. (Nowils, 1975)

2.2 Modelo Médico-Sanitario

Este modelo surge a mediados del siglo XX y es una suerte de derivación del esquema preventivo-asistencial vinculado con las enfermedades infectocontagiosas. Se trata de una mirada médico-epidemiológica; por eso mismo, las adicciones son leídas en clave de enfermedad y el consumidor de drogas, como enfermo (no como transgresor y/o delincuente).

En sintonía con el modelo ético-jurídico, el eje del análisis recae en la sustancia y no en el sujeto. Sin embargo, la causa del fenómeno no es pensada bajo un criterio normativo sino en conexión con su toxicidad o potencial adictivo, es decir, en relación con sus efectos clínicos (pero en cualquier caso, esos efectos siempre son leídos negativamente). Por eso mismo, la distinción entre sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas no resulta relevante para esta concepción, de modo que el alcohol, el tabaco y los medicamentos en general forman parte de lo que se construye como problema.

El modelo médico-sanitario se relaciona íntimamente con el pensamiento médico hegemónico: comparten, a grandes rasgos, la misma concepción de salud como contraria a la enfermedad. La consideración del contexto en el análisis del modelo médico-sanitario hace eje en los actores de diverso tipo que pueden estar vinculados con grupos y/o poblaciones de riesgo, como niños y jóvenes, por ejemplo. Es decir, el entorno se lee en los mismos términos en que se leen las enfermedades infectocontagiosas: población de riesgo, contagio, contaminación.

De esta manera, las estrategias de la salud pública son asimiladas a instancias de control y disciplinamiento sociales. Como la pretensión es evitar el consumo de la sustancia entendida como causa de todos los males individuales y sociales, su estrategia también es abstencionista. La abstención aquí no se trata, sin embargo, de la sanción normativa sino de la comunicación fundamentalmente a partir de campañas publicitarias de los “daños” producidos por el uso de sustancias psicoactivas.” (Lorenzo, 2019)

2.3 Modelo Psico-Social

A diferencia de las perspectivas ético-jurídica y médico-sanitaria, el esquema psicosocial se concentra en el sujeto o más precisamente, en el vínculo que ese sujeto construye con la sustancia, y éste se convierte en el protagonista principal del análisis. Por eso mismo, tanto la condición lícita o ilícita como el estatus farmacológico de las sustancias son asuntos necesarios pero secundarios. Como consecuencia de esta modificación en el análisis (de la sustancia al sujeto), surgen una serie de conceptos (por ejemplo: uso y/o abuso de sustancias psicoactivas o adicciones), que permiten introducir una distinción entre consumo problemático y consumo no problemático, lo cual, no hay dudas, es incompatible con los dos primeros modelos.

El consumidor problemático tiene estatuto de enfermo. Pero la genealogía de ese consumo problemático no se explica como consecuencia del contacto del sujeto con la

sustancia sino como síntoma de un malestar previo que el sujeto tiene con su medio social (familia, entorno, grupo de pertenencia, etc.). Si bien este modelo conlleva un avance en la medida en que pone énfasis en el sujeto y de esta forma destaca su vínculo con la sustancia, no contempla la dimensión social. El sujeto es considerado un enfermo, como mencionamos, y la génesis de esta enfermedad es psicológica, razón por la cual la lógica establecida en este modelo puede tender al psicologismo individualizante. (Lorenzo, 2019)

2.4 Modelo Socio-Cultural

Este modelo, que también surge durante la década de los ´80, pone el énfasis en la dimensión macro-social. Entonces, las causas del consumo problemático y no problemático de sustancias psicoactivas se describen como cualquier hecho o fenómeno social. Las estructuras sociales y sus factores socio-culturales y socio-económicos son los recursos, primeros y últimos, tenidos en consideración. Así, según esta mirada, el análisis de las diversas formas de presión, influencia y/o condicionamiento de lo social sobre el individuo parecen echar luz sobre este tipo de fenómeno. Cualquier exponente de este modelo podría sostener que “la droga funciona como evasión de la realidad” y es un síntoma de una sociedad en crisis. O si lo pensamos desde los individuos, en la manifestación de la imposibilidad de esa sociedad de ofrecer a esos individuos un proyecto existencial. (Lorenzo, 2019)

2.5. Modelo Ético Social

A partir los cuatros modelos hasta aquí descriptos, se inició en Latinoamérica un análisis crítico de los enfoques vigentes. El FAT (Fondo de Ayuda Toxicológica) de Buenos Aires presentó en el año 1974 el Modelo Ético Social a la UNESCO. Su perspectiva, inscripta en una sociología crítica, no niega la validez de los enfoques parciales anteriores, sino que los integra en una síntesis superadora. Este modelo se refiere a la problemática del uso indebido de drogas y toma en cuenta no sólo la interacción de la tríada sustancia-persona-contexto, sino también la preocupación por la existencia, por el sentido de la vida. Considera que la enseñanza para la prevención de la drogadicción necesita de un “hilo conductor” a partir del cual la complejidad de los análisis adquiera sentido. Para determinar los alcances de una “ética social” afirma que es necesario construir un proyecto grupal. Plantea una ética social a partir de la cual es factible conducir un fenómeno o proceso histórico, sin dejar de lado la multiplicidad de significaciones que de por sí implica el análisis de la drogadicción en el mundo actual.

2.6 Modelo Multidimensional

El Modelo Multidimensional considera el consumo como un proceso multidimensional en el que interjuegan la sustancia (elemento material), los procesos individuales del sujeto (su posición en relación con la sustancia) y la organización social en que se produce el vínculo de los dos elementos anteriores, incluyendo las dimensiones política y cultural. Se analizan los factores de riesgo y de protección como condicionantes que pueden, aunque no necesariamente, incidir en el consumo. Por lo tanto, el modelo preventivo apunta a la interrelación dinámica entre las características individuales, las del entorno cercano (familia, grupo de pares, etc.) y las del entorno macrosocial.

Este enfoque plantea para la prevención una intencionalidad transformadora al problematizar el significado social del consumo de drogas. Incorpora así la necesidad de articular acciones interdisciplinarias e intersectoriales, reivindicando el protagonismo de todos los actores sociales. De allí que intentar una aproximación al tema implica necesariamente prestar atención a los diversos mecanismos sociales puestos en juego y develar qué hay “más allá” de la percepción social generalizada. Desde esta conceptualización, la prevención no se concibe únicamente como una actividad linealmente orientada a la búsqueda de un efecto (reducción del consumo de drogas), sino como un replanteo global del lugar desde el cual el conjunto social encara la comprensión y la resolución de sus problemas. Por esto la prevención no se postula como una “lucha en contra de”, sino como “promoción”: promoción de alternativas, de protagonismo, de fortalecimiento de redes sociales.

La noción de prevención tradicional se amplía con la educación preventiva, que incluye la prevención no específica, entendida como promoción comunitaria.

En lo metodológico postula una dinámica eminentemente participativa, circular, tendiente a la elaboración de un proyecto grupal. Esto sólo puede concretarse a partir de promover y potenciar los proyectos individuales, inscribiéndolos al mismo tiempo en un proyecto común. La propuesta de este modelo es la de operar sobre la comunidad fomentando su integración en un proyecto solidario, alentando el trabajo en red en beneficio de la comunidad toda. Un proyecto preventivo construido desde este enfoque tiene como objetivo el logro de la participación de la comunidad en actividades tendientes a la autogestión. (Lorenzo, 2019).

Capítulo 3: Principales paradigmas desde los que es abordada esta problemática.

Existen a grandes rasgos dos propuestas para dicho abordaje, las prohibicionistas y las de reducción de daños. Las primeras son las que han prevalecido desde fines del siglo XIX y la denominada reducción de daños se desarrolló desde mediados de la década de 1980.

Sin embargo, estas propuestas no se toman de forma única y acabada. Son aproximaciones que plantean diferentes formas de intervenir y pueden surgir diferencias al momento de ponerlas en práctica.

3.1 Paradigma prohibicionista. Concepción de los trastornos por consumo de sustancias desde el modelo de enfermedad.

Esta concepción se encuentra asociada a la creencia de que la abstinencia completa es el indicador principal de recuperación y se asocia a la creencia de que el tratamiento es la vía por excelencia para la recuperación. Esto supone una limitación, dado que la focalización en la necesidad de conseguir la abstinencia completa podría llevar a descuidar otros indicadores que también son relevantes. Por otro lado, el modelo de enfermedad implica concebir los trastornos por consumo de sustancias en términos principalmente biológicos. No obstante, actualmente el modo de entender el proceso de salud-enfermedad integra otros elementos. La salud depende de factores tanto físicos como psicológicos, socio-económicos e histórico-culturales. (Tosti, 2018).

3.2 Paradigma de la reducción de daños y la Salud Pública.

Se puede decir que nos encontramos en un contexto donde el paradigma hegemónico de la prohibición muestra claras señales de haber fracasado parcial o totalmente mientras que intervenciones estatales no punitivas denominadas de “reducción de riesgos y daños” adquieren mayor relevancia. (Matthys, 2018).

La Reducción de Daños es la principal estrategia de abordaje para trabajar los problemas relacionados con el uso de drogas. Tiene como primer objetivo disminuir los efectos negativos producto del uso de drogas, y a partir de allí, construir conjuntamente

con el sujeto que demanda objetivos de mayor complejidad, con el fin de mejorar la calidad de vida de los usuarios de drogas.

La reducción de daños son estrategias de intervención en conductas que provocan riesgos para la salud, que buscan mitigar las consecuencias negativas que ocasionan los estupefacientes, intentando reducir riesgos asociados como las enfermedades de transmisión sexual o el peligro de sobredosis. Es necesario que esas personas conozcan los riesgos vinculados al consumo de drogas, con acceso a información y a un sistema sanitario que pueda atenderlos de manera adecuada, que no se los criminalice por ser usuarios de drogas prohibidas y tratar al consumidor como una persona a quien se le deben respetar sus derechos. (Menéndez, 2012)

La utilización de las estrategias de reducción de daños favorece a poder ocuparse no sólo de las prácticas individuales, sino de las condiciones de vulnerabilidad de los sujetos que consumen, para poder desarrollar intervenciones apropiadas de cuidado.

Una estrategia de reducción de daños puede involucrar una amplia variedad de tácticas:

- Puede incluir el cambio de las sanciones legales asociadas al uso de drogas;
- Puede mejorar la accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios de tratamiento;
- Puede generar servicios directos para los usuarios de drogas y sus redes sociales en las comunidades;
- Puede tender a cambios en la conducta de los usuarios de drogas por medio de la educación;
- Puede también dirigirse a modificar la percepción social acerca de las drogas y de los usuarios de drogas.

Estas estrategias dan lugar a varios tipos de acciones:

- Acciones orientadas a promover el consumo de menos riesgo, dirigidas a proporcionar educación sanitaria; suelen actuar en los entornos próximos a los lugares de consumo.
- Acciones orientadas a brindar cuidados mínimos, que ofrecen servicios de ayuda social y sanitaria de base, adaptados a los estilos de vida de los usuarios y facilitan el acceso a la red socio-sanitaria.

- Acciones orientadas a reemplazar el uso de sustancias adquiridas en el mercado ilegal por sustancias prescriptas.

El concepto de reducción de daños se encuentra bien enraizado en los fundamentos tanto de salud pública como de derechos humanos, y adopta un enfoque pragmático y carente de juicios morales para abordar los problemas asociados con el consumo de drogas. Quienes apoyan políticas públicas de reducción de riesgos y daños, critican las miradas "parciales" del fenómeno que se concentran sólo en el consumidor o en la sustancia. En ese sentido se buscan aportes en otras disciplinas además del derecho o la salud para intentar comprender y explicar este fenómeno y de esta manera se llega a comprender el consumo de drogas desde la complejidad. (Matthys, 2018).

Definir el fenómeno de las drogas desde una perspectiva de Salud Pública permite reconocer diferencias entre las drogas y sus riesgos; se aleja de conceptualizaciones que ven a las drogas como fin último. En cambio ve a las sustancias en su interacción con las personas que las usan o tienen potencial para hacerlo, que viven en contextos con mayor o menor riesgo y que son más o menos vulnerables a la experimentación y al paso del uso a la dependencia por una combinación de factores heredados y adquiridos. Desde este enfoque se definen los alcances y limitaciones frente a los retos del fenómeno, especialmente para la formulación de políticas públicas; sumando las propuestas que buscan integrar los temas sociales en la evaluación del resultado de las acciones y que proponen como meta última el bienestar de la persona y de las comunidades. Desde esta perspectiva se reconocen las variaciones entre las sustancias y sus efectos, se estudian los factores de riesgo y se favorece dictar políticas acordes a las necesidades de atención, buscando integrar el papel de la cultura y del contexto en la forma en que el problema se manifiesta. (Medina-Mora, 2013)

La reducción del daño ha permitido superar la posición moralista sobre el consumo y ha planteado la necesidad de una política basada en los derechos, desde una perspectiva que inicia el tránsito de una posición de juicio y estigmatización hacia una de inclusión. Desde este punto de vista, la reducción de daños constituye una estrategia que aspira a minimizar las secuelas del consumo de drogas sin exigir la abstinencia, lo cual la hace parte de un dispositivo terapéutico más amplio cuyo objetivo final es la inclusión social. El reconocimiento de la multicausalidad en el uso y consumo problemático de sustancias psicoactivas, los múltiples factores que condicionan el consumo de drogas (características personales, oferta de sustancias, características

farmacológicas de las mismas, determinadas variables familiares, el entorno social, etc.) y su enorme complejidad determina que no existan estrategias sencillas para su abordaje. (Barrenengoa 2014).

3.3. Paradigma de la Complejidad.

Comprender el consumo de drogas desde la complejidad implica reconocer que existen tres factores que “entran en juego” a la hora en los consumos de drogas ilegales: el sujeto (consumidor), la sustancia y el contexto o entorno social-situacional. Los efectos que una droga produce en quien la consume siempre son el resultado de una compleja interacción de factores relativos a la sustancia en sí misma, a la persona que consume y al entorno donde lo hace. Y para entender el efecto que una sustancia pueda tener sobre un individuo es necesario hacer una cuidadosa evaluación del interjuego entre estos tres grupos de factores. (Rodríguez, 2009).

Para ello es necesario descartar el mito de la uniformidad, que plantea que el conjunto de individuos con uso problemático de sustancias psicoactivas es homogéneo y en consecuencia el tipo de abordaje debe de ser parejo, desde este paradigma se entiende que los usos problemáticos de sustancias psicoactivas están atravesados por diversos factores políticos, histórico-culturales y socioeconómicos. Siendo un fenómeno multicausal y complejo que requiere de abordajes integrales. La complejidad de los procesos que atraviesan las personas con usos problemáticos de sustancias psicoactivas requiere de una comprensión enfocada en estrategias interinstitucionales e interdisciplinarias, que permitan pensar de forma simultánea las características singulares de las personas en su contexto. Es en este sentido que la modalidad de trabajo interdisciplinario resulta de gran relevancia al momento de pensar la intervención. Desde esta mirada se pone foco en las complejas relaciones que se dan entre la sustancia, la persona y el contexto. Es en este entramado que se propone un abordaje integral, interinstitucional e interdisciplinario, con el devenir sentido que solo puede co-construirse y analizarse desde la interacción de estas dimensiones y en las singulares relaciones que emergen.

Pensar los abordajes en los dispositivos con personas que sufren por usos problemáticos de sustancias psicoactivas, implica necesariamente conocer lo que prolifera como rehabilitación posible y potenciar estrategias que se inscriban desde la complejidad de la problemática. Es en este aspecto que Morin (1994), expone el

paradigma de la complejidad como aquel que expande el entendimiento hacia la multidimensionalidad, en donde toda visión especializada que sea parcial en su acción resulta en efecto reduccionista. Esto no significa el rechazo a lo simple, al orden o al determinismo, sino que implica ser consciente de la insuficiencia al momento de pensar y en consonancia abordar problemáticas emergentes. El paradigma de la complejidad se origina del conjunto de nuevas visiones, conceptualizaciones, descubrimientos y reflexiones; con el fin de conectarse en la praxis. (Curbelo, 2020)

Capítulo 4: Tratamientos implementados actualmente para el abordaje de la adicción a sustancias psicoactivas.

Una primera categorización de los tratamientos puede ser la que los agrupa en profesionales y no profesionales. (Peyraube, 2000)

4.1. Abordajes profesionales.

4.1.1 Abordajes desde la psicoterapia cognitiva conductual.

En la teoría y terapia cognitiva se enfatiza la importancia de los pensamientos, los esquemas cognitivos, las creencias, las actitudes y las atribuciones que influyen en los sentimientos y media la relación entre antecedentes y comportamiento. La asunción básica de la TCC es el reconocimiento de que existe una relación recíproca entre los procesos cognitivos de las personas (lo que piensan), su afectividad (lo que sienten) y su conducta (lo que hacen). (Llorente del Pozo, 2008).

Cuando se aplica al abuso de sustancias, el abordaje cognitivo ayuda a los individuos a luchar con los problemas que les producen angustia emocional. Además, algunas estrategias cognitivas específicas les ayudan a aliviar sus impulsos y, al mismo tiempo, a establecer un sistema más fuerte de control interno.

Una de las ideas básicas de la terapia cognitiva es ayudar al paciente de dos formas:

- a) reducir la intensidad y la frecuencia de los impulsos de consumir droga mediante la refutación de las creencias subyacentes, y
- b) enseñar al paciente técnicas específicas a fin de controlar y manejar sus impulsos.

El objetivo es reducir la presión e incrementar el control. Cuando la adicción del paciente está relacionada con un trastorno psiquiátrico coexistente, el terapeuta cognitivo también debe tratar dicha condición.

La terapia cognitiva se lleva a cabo de varias formas. El terapeuta ayuda al paciente a examinar la secuencia de acontecimientos que llevan al abuso de una droga y, entonces, explora las creencias básicas del individuo acerca del valor que tienen las

drogas para él y a su vez lo ayuda a modificar su pensamiento. A su vez, a través de la práctica, los pacientes se entrenan para construir un sistema de controles que puedan aplicar cuando se enfrenten con impulsos de consumir apremiantes. Las creencias disfuncionales juegan un papel importante en la generación de los impulsos. Las creencias ayudan a formar las expectativas que moldean los impulsos. (Beck 1999).

4.1.2 La adicción desde la perspectiva de las neurociencias.

Las más recientes teorías sobre la adicción sugieren que los mecanismos neurocognitivos, como el procesamiento atencional, control cognitivo y procesamiento de la recompensa, desempeñan un papel clave en el desarrollo y mantenimiento de la adicción. En último término, la adicción se sustenta en la alteración de los procesos cerebrales de toma de decisiones. Las neurociencias, y en especial aquellas encargadas de la modificación de la conducta, han de tener en cuenta los procesos neurobiológicos que subyacen a los comportamientos observables.

Los tratamientos de las conductas adictivas habitualmente no toman en cuenta estos hallazgos, lo que quizá esté en la base de las bajas tasas de retención y altas tasas de abandono de los pacientes adictos. Considerada como una alteración del funcionamiento cerebral, la adicción podría abordarse satisfactoriamente mediante tratamientos de rehabilitación cognitiva utilizados en otras patologías, como el daño cerebral o la esquizofrenia. Aunque aún son pocos, diversos estudios sugieren que la intervención para mejorar el funcionamiento cognitivo de los pacientes adictivos puede mejorar su aprovechamiento de terapias de eficacia bien establecida, como la de prevención de recaídas. (Olivera, 2011).

4.1.3 Abordajes psicodinámicos.

Haciendo una simplificación que no pretende ser abarcativa de la teoría psicodinámica en su totalidad, podríamos decir que desde el psicoanálisis una de las propuestas sería ayudar al ver al sujeto que está “sujetado” a la droga de qué manera las identificaciones que han participado a lo largo de su biografía en la estructuración de la personalidad, han dado lugar a que la droga “encaje”. Es decir, frente a otras perspectivas en las que el origen de la adicción es el consumo de sustancias y la droga es concebida como la causa de mal, se trata de intentar explorar los motivos psicológicos que han empujado a la

persona al consumo de sustancias, de manera que se pueda modificar la dinámica psíquica subyacente.

Se considera que desconectar el fenómeno adictivo de la estructura subjetiva, los acontecimientos que han vivido a lo largo de su existencia, su contexto familiar, social, laboral, económico, etc. es fomentar una visión parcial del sujeto -reduciéndolo a un conjunto de neurotransmisores que determinarían todas sus conductas- que además no favorece la persona se responsabilice por sus prácticas adictivas sino más bien una actitud pasiva en el sentido de “el especialista curará mi cerebro alterado”. (Markez, 2012)

La Psicoterapia Psicodinámica emplea conceptos psicodinámicos y se sirve de la asociación libre, la abstinencia, la transferencia, entre otras técnicas utilizadas por el Psicoanálisis, pero que se caracteriza por ser más breve y estar focalizada en determinados conflictos. Los objetivos de esta terapia, van más allá de la remisión de síntomas, apunta también a fomentar la presencia de capacidades y recursos psicológicos. Tales fines se persiguen a través de un proceso de la auto-reflexión, auto-exploración y descubrimiento personal que se lleva a cabo en un contexto de una relación segura y profundamente auténtica entre terapeuta y paciente. La Teoría Psicodinámica, sostiene que la simple administración de la droga o fármaco a un sujeto, no es la causa de la adicción, siendo la causa un factor de vulnerabilidad individual, pasible de ser detectado psicodinámicamente. Según este punto de vista lo que define la enfermedad adictiva, no es el uso de un agente tóxico, sino la existencia de una necesidad o presión interna que fuerza al sujeto hacia su búsqueda y consumo. (Olivera, 2011)

4.1.4. Abordaje desde el enfoque Psicoanalítico.

Desde las formulaciones psicoanalíticas la hipótesis presente es la de la existencia de algún tipo de causas psíquicas actuando a la base de las adicciones. En algunas de las propuestas esta causa psíquica está asociada a una estructura, planteándose acercamientos con la estructura perversa, o con la estructura borderline. En otras propuestas se pone de relieve la actuación de determinados mecanismos inconscientes. La idea central general sería la existencia de una condición que pudiera llamarse pre-adictiva. De esta manera, los sujetos que desarrollan una adicción tendrían algo en

común en su condición pre-adictiva, que podría explicar su relación particular con las sustancias químicas. (López, 2007).

Perspectiva Freudiana.

Freud destaca la masturbación infantil como una primera adicción que servirá de modelo a todas las demás, lo cual significa que las adicciones no se explican por la sustancia u objeto al que se fija la satisfacción, sino por la operación inconsciente que las determina. Para que un objeto adquiriera una propiedad adictiva, depende de un factor subjetivo, se requiere algo más que su cualidad química, se requiere de un desplazamiento, por el cual dicho objeto pasa a ocupar un lugar de deseo “de otra cosa”• del sujeto. Una idea fundamental de Freud, es que el aparato psíquico sería incapaz de renunciar a una satisfacción si no se le ofrece a cambio una “compensación”, es decir, un “plus de goce”, a cambio de aquél goce directo al que renuncia.

Esta condición según López (2007), es una verdadera orientación para el tratamiento de la adicción: tener en cuenta que la privación del tóxico, debe ir acompañada de una amplificación del campo de las satisfacciones del sujeto y no de una apelación al dominio de sí. Al mismo tiempo no se podría decir que exista un tratamiento psicoanalítico específico para las adicciones, ni que el psicoanalista conduzca la cura con el fin explícito de la supresión del hábito.

Perspectiva Lacaniana.

Lacan hace su más conocida, aunque extremadamente breve, formulación en relación al tema de la droga en 1975, en una conferencia acerca de la importancia de los carteles en la Escuela. Allí, Lacan dice "la única definición que hay de la droga, y este es el motivo de su éxito, es que la droga es aquello que permite romper el matrimonio del cuerpo con el pequeño-pipí, el matrimonio del sujeto con el falo". Esta breve definición de Lacan se ha convertido en eje de diversos desarrollos teóricos y técnicos. (Lacan, 1981).

Lacan, en esta definición, destaca el aspecto de formación de ruptura, en lugar de formación de compromiso propia del síntoma freudiano. El intento de ruptura sería con la significación fálica, concepto central en la teoría de Lacan. Para Lacan el objeto imaginario y luego significativo falo, es esencial para abrir paso al plano de la significación, definiéndolo como "el significante destinado a designar en su conjunto los

efectos del significado, en cuanto el significante los condiciona por su presencia de significante"

Los efectos del falo como significante no solamente tendrán consecuencias sobre la relación del sujeto con el objeto, en el sentido de hacerlo pasar por la significación, ya que la propia constitución del sujeto también estará marcada por la influencia de este significante. Al ser un efecto del significante, el mantenimiento de su montaje dependerá de que algunos significantes primordiales sigan ejerciendo su función. El recurrir a la droga sería un intento de hacer el objeto presente, para que deje de estar irremediablemente perdido, por un lado; y un intento de desmontar la estructura del sujeto, borrándolo, por otra.

Desde esta perspectiva, la relación adictiva con la sustancia deja de ser un síntoma, o el producto de una estructura, y se transforma en una respuesta distinta frente a la condición de sujeto del inconsciente. No es necesaria una condición pre-mórbida específica para entender la aparición de la adicción, más allá de la división subjetiva propia del sujeto.

En relación a los planteamientos de autores lacanianos se podrían destacar los puntos siguientes:

- la adicción es entendida como un fenómeno que no puede ser concebido como un síntoma en un sentido psicoanalítico, es decir, como una formación del inconsciente. Queda planteado como una formación de ruptura.
- no es posible asociar la adicción a una u otra estructura. Por lo tanto, la adicción queda claramente diferenciada de la perversión.
- hay una contraposición de opiniones en el sentido de ubicarla como una formación narcisista o ubicarla definitivamente fuera del plano sexual (tanto en el sentido de libido de objeto como yoica).
- se observa una oscilación entre entender la droga como un intento de reparar una falla previa en relación con la dimensión simbólica del falo y entenderla como lo que permite una ruptura con el goce fálico. En el primer caso, a pesar de reconocerse que no habría una estructura previa propia de la adicción, de todas formas se sigue la línea de pensamiento de otras corrientes posfreudianas en el sentido de definir una condición

pre-mórbida específica que posibilita el desarrollo de la adicción. Desde la corriente de pensamiento que enfatiza la formación de ruptura, se entiende la adicción como una elección, una estrategia del sujeto con miras a dar una solución a la relación con el enigma del deseo del Otro.

- no se soluciona el problema relacionado con la evolución de un proceso que lleva a que se instale una compulsión a consumir las sustancias. Habría una tendencia a no tomar en consideración el efecto químico de la sustancia sobre el psiquismo y el cuerpo. Incluso, entre algunos autores hay una crítica abierta a esta.

Si bien la elaboración conceptual a partir de los enunciados de Lacan representa un importante aporte para el entendimiento del funcionamiento de la relación del sujeto con las sustancias químicas y la función que éstas cumplen en la estructuración psíquica, contribuyendo a una despsicologización del tema, sigue sin explicar la pérdida de control sobre el consumo.

Perspectivas actuales.

Desde el psicoanálisis se puede encontrar la elaboración de diversas teorías a lo largo del tiempo con el fin de explicar lo que sucede en las adicciones. Si bien éstas son muy diversas dependiendo del punto de vista desde el cual se han fundamentado, todas ellas incluyen la hipótesis de algún tipo de mecanismo inconsciente actuando en la base de las adicciones. La idea central general sería la existencia de una condición que pudiera llamarse "pre-adictiva". Es decir, los sujetos que desarrollan una adicción tendrían algo en común en su condición pre-adictiva, ya sea a nivel de estructura, de fijación a etapas pre-genitales, de contenidos de los conflictos inconscientes, etc., que podría explicar su relación particular con las sustancias químicas. Por lo cual desde esta perspectiva no es posible dejar de lado la dimensión del sujeto del inconsciente en un abordaje terapéutico.

Es importante destacar que las formas en que se ha comprendido la adicción en estos autores posfreudianos ha determinado la propuesta de intervenciones terapéuticas. Estas propuestas han oscilado entre un abordaje psicoanalítico sin modificaciones especiales, esperando que el cambio a nivel estructural, o a nivel de conflictos inconscientes, lleve a la caída del síntoma del consumo compulsivo de sustancias; y un abordaje que tuviera intervenciones en planos paralelos o sucesivos, quedando las

intervenciones divididas en propuestas dirigidas al aspecto de la adicción y propuestas terapéuticas dirigidas al aspecto de la estructura subyacente, que se consideraría lo propiamente psicoanalítico. (López, 2007)

Sin embargo según este autor, distanciándose de esta perspectiva inicial, la adicción debería ser entendida, no como un síntoma de procesos inconscientes o una condición pre-mórbida, como fue entendida durante mucho tiempo en el psicoanálisis, sino como un intento de solución al problema de las faltas de ser y de goce, la cual puede ser caracterizada en primer lugar, por lo que se podría llamar una "falta de control relativa" sobre la conducta del consumo de sustancias. La frecuencia y cantidad de sustancia consumida pueden variar mucho dependiendo de la persona y sus circunstancias de vida. Esto hace que para ser más precisos se haga necesario agregar el adjetivo de "relativa" a la pérdida de control, ya que prácticamente nunca queda sustraída en forma completa la capacidad de decisión del sujeto en este proceso. El sujeto "se encuentra" con una tendencia en sí mismo a consumir las sustancias, tendencia frente a la cual, por su parte, puede ejercer una capacidad de decisión. Sin embargo, será una decisión en el marco de un conflicto con esta tendencia con la que se encuentra. Esto tiene implicancias importantes cuando se revise un posible abordaje terapéutico.

Otra característica importante de la adicción es que los distintos "intereses" en la vida de la persona, pasan a quedar influidos de manera más o menos importante, por el vínculo del sujeto con la sustancia. La sustancia, como objeto, comienza a ocupar un sitio privilegiado en el psiquismo, lo que lleva a que la vida, a nivel conductual, cognitivo, emocional, relacional comience a "girar en torno" de la obtención de la sustancia, o la expectativa del placer asociado, o la generación de las condiciones para su consumo. El diagnóstico de adicción, depende principalmente de la identificación de estas características que aluden a la manera de relacionarse del sujeto con la sustancia. (López, 2006).

Más recientemente Barrenengoa (2016), plantea la consideración de la singularidad de cada caso, lo cual constituye un derecho y un principio necesario para todo tratamiento posible de las adicciones. En este marco, la clínica de la orientación psicoanalítica no puede prescindir situarse con relación a lo que constituye la subjetividad de la época. En este sentido, las adicciones en la actualidad no pueden considerarse una categoría clínica en sí misma, sino el rasgo fundamental de la relación

del sujeto con los objetos de consumo. La clínica se inaugura tomando al sujeto en su singularidad. La igualdad de derechos trasladada al plano clínico se redefine como el derecho de cada sujeto a ser tratado particularmente. Muchos de los fracasos de tratamiento en dispositivos institucionales se deben a las resistencias que presentan los sujetos a ser tratados como iguales a otros, a ser incluidos y pensados a partir de una categoría general.

Cualesquiera que sean los tóxicos usados, la causa del padecimiento es siempre singular. La droga no es un objeto hedónico; es, más bien, un objeto que demuestra la imposibilidad de un hedonismo feliz: del principio del placer muy rápidamente se pasa a más allá del principio del placer. El toxicómano es absolutamente sumiso al puro imperativo superyoico. El objeto droga es utilizado por muchos sujetos hoy en día para diversos fines. La droga puede velar lo imposible de la relación entre los sexos en el ser hablante, dando acceso a un goce que no pasa por el Otro y, en particular, por el cuerpo del Otro como sexual. No todos los consumidores de este objeto droga pueden ser incluidos en el conjunto de las toxicomanías.

En los pacientes que demandan tratamiento se observa un cambio en la modalidad de su uso social y recreativo; el objeto droga los ha llevado al aislamiento y a la desinserción con la consecuente ruptura de sus vínculos familiares, sociales, familiares o bien de la satisfacción experimentada, al imperativo de goce sin freno. El objeto droga en sí no es lo que causa la desinserción sino las modalidades de uso. Ubicar el tóxico en la estructura subjetiva supone de parte del clínico, tomar en cuenta la operación diagnóstica como paso lógico para la orientación de la cura, ya que las adicciones no constituyen una estructura clínica per se, como lo son las neurosis, la psicosis o la perversión, pudiendo sin embargo cumplir una función en cualquiera de ellas que puede extenderse desde el uso recreativo hasta la suplencia.

En general, se podría plantear que el entendimiento psicoanalítico de las adicciones, más allá de la corriente a la que se adscriba, choca con una realidad empírica que impide considerar exitosa la teorización y técnicas asociadas a ella, ya que los estudios que analizan la eficacia terapéutica del abordaje psicoanalítico en el tratamiento de las adicciones muestran que el tratamiento analítico tendría que realizarse después de haberse alcanzado la detención del consumo de sustancias o combinado con tratamientos que busquen la detención de este consumo. Es decir, el tratamiento psicoanalítico requeriría de otras intervenciones que se hagan cargo del problema de la

conducta adictiva, ya que el método en sí mismo no logra ser efectivo para producir modificaciones en ese plano, lo cual deriva en el hecho de que diversos autores acepten la necesidad de hospitalización y abstinencia en algunos casos y la propuesta sea una cura por la palabra sin distinciones especiales desde el punto de vista del método psicoanalítico. (López, 2007).

4.1.5 Abordajes desde la terapia familiar.

Durante las dos últimas décadas, la creciente investigación sobre la familia y el consumo/dependencia de drogas ha puntualizado el importante papel de la familia en el inicio y mantenimiento de este trastorno. Es por ello que diversos enfoques buscan conocer la eficacia de las intervenciones familiares bajo este contexto particular. (Olivera, 2011)

Según Rodríguez (2014), desde esta perspectiva, el acercamiento al problema adictivo deja ver un sufrimiento directamente relacionado y producido por la conducta de los consumidores sobre los demás miembros del grupo familiar. La familia se presenta con dolor y percibiéndose a sí misma como víctima de esta situación

La familia de la persona que consume drogas posee un registro histórico del proceso que se requirió para consolidar la adicción. “Escuchar” a los miembros de la familia es de vital importancia para llegar a una comprensión contextual de las fuentes emocionales primarias que participaron en la gestación del consumo.

Otro aspecto relevante de la adicción es su “capacidad de mutación”, es decir, su presencia en cada entorno familiar posee un significado específico para la misma, es decir, para cada familia el impacto de la adicción es diferente y esta diferencia guarda una estrecha relación con su historia emocional. Así, la “capacidad de mutación” obedece a que los contextos sociales siempre están inmersos en procesos de cambio.

Los contextos no son estáticos constituyen sistemas de interacción y la familia, que es uno de ellos, de manera paralela está contenida dentro de un sistema mucho más amplio: lo social.

El consumo de drogas al tornarse en un problema para la familia hace que enferme también por lo que requiere de intervención, ésta se desarrollada de acuerdo con diferentes modelos, identificados dentro de la primera y segunda cibernética.

Desde la primera cibernética, la mirada del entorno familiar, requiere de una comprensión clara sobre la búsqueda homeostática que cada familia pugna por recuperar, aunque esta homeostasis no sea sinónimo de funcionalidad; sin la observancia de las coaliciones y las relaciones trianguladas, etcétera, no parece posible poder contribuir a erradicar la adicción y promover el crecimiento familiar, para que pueda arribar hacia otros estadios de su ciclo vital-

Enfoque sistémico en la terapia familiar.

El enfoque Sistémico, surge como una forma de trabajo más allá del individuo, ya que al encontrarse en la familia los otros significativos más importantes para el consultante, se podría decir que ahí radican las interacciones que sostienen el problema. Este enfoque, se nutre de distintas teorías. Por un lado, la Teoría General de los Sistemas, la cual ubica el foco de atención en la modificación del sujeto a partir de la interacción con “los otros”. De ahí la base en la noción de “sistema”, que proviene de la biología y hace referencia a un grupo de elementos interconectados a través de sus propiedades y atributos, que organizan un funcionamiento determinado por reglas, y en el cual cualquier cambio en un miembro del sistema afectará a los demás.

La teoría general de los sistemas se caracteriza por su perspectiva holística e integradora, en donde se concibe el todo como algo que trasciende a la suma de las partes, destacando la importancia de la interdependencia entre cada integrante o miembro del sistema, es decir que los fenómenos y elementos se abordan como parte de un todo e interactúan de forma integral, lo cual genera nuevas cualidades con características diferentes y en donde los resultados son superiores al de los elementos que lo conformaron originalmente.

Asimismo, se apoya en La Teoría de la Comunicación, la cual parte de un axioma básico: “Es imposible no comunicar” (Watzlawick, 1985), en este sentido todo comportamiento de un miembro de un sistema tiene un valor de mensaje para los demás (el silencio o la mirada, o la indiferencia comunican algo).

Este enfoque, además de las técnicas y recursos propias de la teoría, se sirve de abordajes, técnicas y usos propios del enfoque psicodinámico, de la terapia racional emotiva, la modificación de conducta y otros debido a la naturaleza integrativa del enfoque sistémico. (Rodríguez. 2014).

Por último, cabe mencionar que consideran el Self como el núcleo central de la personalidad que tiene varias funciones entre las cuales se destaca la identidad, organización de la experiencia, significación, control de impulsos y espiritualidad. Así, se observa que el Self del paciente adicto se construye desde la infancia con fuertes contradicciones e incoherencias y la droga le hace sentir sensación de coherencia cuando la consume por primera vez. (Olivera, 2011).

Intervenciones conductuales basadas en la familia.

En torno a las intervenciones conductuales basadas en la familia está comprobado que su participación influye en el progreso del tratamiento. Orientadas unas hacia la pareja y otras a la familia, con otros miembros de la misma, persiguen las habilidades de comunicación y el reforzamiento positivo de las relaciones familiares, modificando interacciones relacionadas con los consumos que ayuden en el proceso de cambio de sus conductas.

Comprobada que la colaboración de la familia facilita la información sobre el proceso de recuperación, estos enfoques terapéuticos conductuales, de familia o de pareja, son eficaces para reducir los consumos de sustancias así como para reducir otros problemas familiares y sociales, o la psicopatología acompañante (depresión, ansiedad, síntomas psicósomáticos...) de las personas allegadas al paciente. (Markez, 2012)

4.1.6 Terapias Grupales.

Las terapias grupales (TG) son una técnica clásica en el tratamiento de las adicciones. En 1988 las usaban en USA el 94% de centros ambulatorios de tratamiento de drogas. Alguna forma de TG aparece como técnica habitual en todas las guías clínicas sobre adicciones. Sin embargo las publicaciones científicas sobre TG y alcoholismo han disminuido a una tercera parte en los últimos 50 años y se dispone de poca evidencia científica sobre su efectividad.

En la actualidad, debido a la elevada prevalencia de comorbilidad psiquiátrica empuja a los equipos y los profesionales a la búsqueda de nuevos tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos quizás una opción es adecuar y modernizar instrumentos clásicos como la TG. (Monras, 2020).

La terapia de grupo permite resolver directamente en el grupo, las transferencias múltiples (la madre, padre, hermano), que experimentan los pacientes, y que pueden explorarse simultáneamente. La terapia de grupo tiene la facultad de sacar inmediatamente las resistencias, pues se pide a los pacientes que expresen espontáneamente sus sentimientos.

La terapia de grupo es un terreno productivo para el análisis de las resistencias, que por otras razones no pueden aparecer en las sesiones individuales. Así, la terapia de grupo permite que aparezcan comportamientos que, de otro modo en las sesiones individuales no aparecerían.

Las terapias de grupo en adicciones tienen características muy particulares. En un principio, el paciente adicto se encuentra bajo la presión externa que procede de sus familiares, a veces presionados por los problemas de salud física relacionados con el consumo. El terapeuta se percata que muchos pacientes se encuentran en un estado mental caracterizado por sentimientos de culpa, vergüenza y depresión, o se están agresivos porque se les obliga a cumplir demandas que consideran injustas, desproporcionadas. El terapeuta grupal tiene que afrontar las dificultades de manejar a un paciente resistente.

La habilidad de tratar la adicción consiste en superar la negación y resistencia, que presentan la mayoría de los pacientes adictos. El terapeuta grupal no puede mantenerse al margen adoptando una postura de neutralidad; el tiempo, grado de dependencia de la sustancia y ausencia de motivación son factores que juegan en contra de la evolución de la terapia, a diferencia de los tratamientos habituales con pacientes no adictos.

Se trata que los adictos perciban y comprendan la relación que hay entre sus dificultades actuales en la vida diaria y el consumo de alcohol o drogas. Cuando esto se ha logrado, se les debe transmitir las ventajas de nuevos estilos de vida.

No se debe comprometer la alianza terapéutica. Pero, cuando se trata de un grupo de pacientes adictos en las primeras etapas de la recuperación, que están intentando tomar decisiones sobre las drogas o el alcohol, se debe reconsiderar esta afirmación.

Una vez que se ha utilizado la disuasión del grupo para ayudar a que los pacientes adictos interioricen su responsabilidad sobre los consumos o la abstinencia, se debe llevar gradualmente al grupo a reconocer los factores internos que han contribuido a su

propensión al consumo de drogas como fuente de gratificación y regulación efectiva. (Markez, 2012)

4.2. Abordajes no profesionales.

Dada la multiplicidad de abordajes no profesionales, su sistematización es compleja. Son ejemplos de este grupo los N.A (Narcóticos Anónimos), los proyectos religiosos, y algunas llamadas Comunidades Terapéuticas. En función de la citada heterogeneidad, es un grupo que podría quedar definido por ser todo aquello que no entra en la categoría profesional. (Peyraube, 2000).

4.2.1 Narcóticos Anónimos como alternativa en el tratamiento de las adicciones.

El modelo Minnesota, basado en los principios de los “Doce pasos”, aborda de manera integral y multidisciplinaria a los pacientes adictos, lo cual incluye un acompañamiento con distintos profesionales a lo largo del tratamiento (Psiquiatra, psicólogo, consejeros, médicos, asistentes sociales, etc.). Este Modelo orientado hacia la abstinencia, focaliza en el crecimiento espiritual, la dignidad del individuo y aboga el concepto de enfermedad sin cura, con un cuidado continuo en recuperación. Los objetivos que se propone lograr son: recuperar al adicto, reinsertarlo en la sociedad en lugar de encerrarlos o ignorarlos; tratarlos con dignidad y ayudarlos a recuperarse física, mental y espiritualmente.

Considera a la adicción como una enfermedad primaria, coincidiendo con lo que reza la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010). El modelo Minnesota, incluye un Cuidado continuo desarrollado y estructurado como red de apoyo para la persona en recuperación. (Olivera, 2011).

4.2.2 Comunidades Terapéuticas.

El surgimiento y desarrollo de las Comunidades Terapéuticas (CT) como abordajes de los trastornos adictivos se encuentran íntimamente relacionados con los movimientos sociales, políticos, económicos y científicos que se propusieron con la decadencia del Paradigma Positivista. Las drogas son denominadas como narcóticos, y las adicciones son introducidas como enfermedad mental de la época. Las CT han existido desde hace aproximadamente 40 años, sin embargo en el día de hoy podemos

visualizar una re-actualización de las mismas, como formas eficaces de intervención en la drogadependencia, enfermedad que se muestra en una magnitud y dimensión alarmante (Rodríguez, 2009).

Las Comunidades Terapéuticas surgen al margen de la psicología, psiquiatría y medicina. En efecto, en un primer momento, el modelo de Comunidad Terapéutica es rechazado desde el ámbito profesional de la salud, pero progresivamente comienza a ser valorado como una metodología válida y eficaz para ser aplicada en el tratamiento de las drogodependencias. Esto ha permitido que en la actualidad funcionen como una estrategia de trabajo compleja que integra profesionales del área de la salud mental, de la medicina tradicional y de la educación.

El uso del concepto Comunidad Terapéutica para aludir a los programas de tratamiento y rehabilitación de drogodependencias, se acordó en 1975 durante la Conferencia Federal Anual acerca del abuso de drogas en Nueva Orleans; en dicha instancia se inauguró la Organización de Comunidades Terapéuticas de América (T. C. A)

La Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas ha motivado la conformación de asociaciones locales y su inclusión en el conglomerado mayor, de manera tal de aunar criterios teóricos y metodológicos en el tratamiento realizado en los distintos países de América Latina. (Soto Fortuny, 2011)

4.2.3 Terapia Ocupacional.

La Terapia Ocupacional es una disciplina cuyo marco conceptual, objetivos y métodos están bien establecidos. Uno de los ámbitos en los que interviene es el de la adicción. Algunos autores parten de considerar que la propia adicción es, en sí misma, una ocupación.

La Terapia Ocupacional está en condiciones de asumir un rol propio, protagonista e irrenunciable en el tratamiento de la adicción. Aun cuando la Terapia Ocupacional lleva décadas interviniendo en problemas relacionados con la adicción, su papel no siempre ha sido bien comprendido y suficientemente dignificado. La preeminencia de modelos asistenciales que consideran al adicto como “enfermo irrecuperable” ha llevado a esta disciplina a asumir roles secundarios, a recibir el

encargo de “mantener ocupados” a los adictos, en lugar de utilizar la ocupación como medio y fin de su intervención. Sin embargo, el enfoque del adicto como persona que tiene dificultades en su relación con el entorno y que puede recuperarse y asumir roles adecuados, saludables y gratificantes, sitúa a la Terapia Ocupacional en primera línea de intervención.

La Asociación Americana de Terapia Ocupacional define esta disciplina como el “conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple las deficiencias incapacitantes y valora los supuestos del comportamiento y su significación profunda para conseguir las mayores independencia y reinserción posibles del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social.

Por su parte, la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT), la define como la profesión que se ocupa de la promoción de la Salud y el Bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de la terapia ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria. Los terapeutas ocupacionales logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación.

El concepto central de esta ciencia es la consideración del ser humano como un ser ocupacional: la Ciencia Ocupacional es la ciencia de la vida cotidiana. Una disciplina académica, que se centra en los beneficios de la actividad productiva, social y física (“ocupaciones”) en la vida cotidiana de las personas. Se dedica a aprender cómo la participación en la ocupación puede responder a las preocupaciones de salud global del Siglo XXI mediante la promoción de la salud, el bienestar y calidad de vida a lo largo de la vida. En definitiva, la Ciencia de la Ocupación consiste en el estudio sistemático de los humanos como seres ocupacionales, incluyendo la necesidad y la capacidad de adaptarse e involucrarse, y de estructurar sus ocupaciones para dar forma a sus vidas. Sus objetivos son por tanto, generar una base sistemática de descripción y comprensión de la participación de las personas en sus ocupaciones; y proveer el conocimiento básico que apoye la práctica aplicada de la Terapia Ocupacional.

La Terapia Ocupacional lleva ya décadas interviniendo en problemas relacionados con la adicción. Sin embargo, la producción científica generada es muy escasa aún. La raíz de este problema puede encontrarse en la carencia de modelos propios para explicar el fenómeno sobre el que se interviene, lo que lleva a asumir modelos ajenos a la disciplina, principalmente del ámbito psiquiátrico. Los textos ocupacionales tienden a ignorar el cuerpo de conocimientos propios para “entregarse” a explicaciones importadas, que carecen de entidad ocupacional, sin que pueda atisbarse una conceptualización desde la propia disciplina de los fenómenos sobre los que se interviene. La ausencia de teorías propias sitúa al terapeuta en el plano de la mera observación, la descripción de los fenómenos y la aplicación de la “experiencia clínica” individual, como si ello fuera suficiente para proporcionar una atención de calidad. La observación es un método imprescindible de trabajo, que sólo tiene utilidad en la medida en que confirma hipótesis previas (método hipotético deductivo) o genera conocimiento novedoso y contrastable a partir de la observación (método inductivo). La mera descripción de fenómenos, sin un método científico que permita relacionar las variables observadas, no genera conocimiento científico. Y la experiencia clínica individual, sin referencia a marcos teóricos comúnmente aceptados, está sujeta a sesgos y prejuicios difícilmente controlables. Una disciplina que renuncia al método científico y se entrega a la mera experiencia clínica está llamada a fracasar, o, como ha sucedido en algunos ámbitos para la Terapia Ocupacional, a no merecer el respeto y la consideración necesaria por parte de disciplinas preeminentes (Rojo Mota, 2016).

Capítulo 5: Legislaciones y lineamientos establecidos para el abordaje de esta problemática.

5.1. Legislaciones que impactan en la temática.

La criminalización de los usuarios fue una de las respuestas que implementó el Estado a través de la penalización de la tenencia y el consumo de sustancias. A través del tiempo hubo idas y vueltas pero el eje siempre giró en torno a la penalización.

Fue recién en el año 2007 cuando comenzaron a surgir una serie de medidas impulsadas desde el Ministerio del Interior, en la búsqueda de transformaciones para redefinir las políticas públicas en línea con los estándares de derechos humanos, tanto en la esfera penal como en los aspectos socio- sanitarios. La creación del Comité Científico Asesor en Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja, oficializado en febrero de 2008, generó nuevas propuestas de modificaciones legislativas y de políticas públicas.

Aunque siguen existiendo resistencias, todo apunta que hay una postura firme en dejar de criminalizar a los usuarios de drogas. (López, 2019).

En el año 2010 se crea la Dirección Nacional de Salud Mental en cuyo seno se instrumentaría la Ley Nacional de Salud Mental (26.657). Esta normativa presenta a los consumos problemáticos como un problema de salud pública que debe obtener respuestas desde el Estado, dejándolos por fuera de los abordajes psiquiátricos.

También, en la reglamentación, se propone un trabajo interministerial (Educación, Interior, Planificación y Desarrollo Social) que debe funcionar de modo articulado bajo la mirada atenta del Ministerio de Salud y se incorpora la estrategia de la reducción de daños y el tratamiento comunitario. El primero implica considerar que hay sujetos que no podrán dejar de consumir para iniciar un tratamiento y que por lo tanto son las instituciones las que deben amoldarse a los individuos. El segundo implica que todos los abordajes deben realizarse en el contexto, con instituciones que faciliten el contacto social y familiar. (Ramírez, 2021).

En este sentido desde fines del año 2011, con el cambio de titular de la SEDRONAR cambia la mirada y se comienza a considerar a los usuarios de drogas

como sujetos de derecho, poniendo el eje en la persona, en base a la promulgación de la ley nacional 26.567 de Salud Mental en el año 2010 se instaló un nuevo escenario para poder pensar la salud mental en general y los consumos problemáticos en particular, dado que reconoce que son procesos determinados por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos. (López, 2019).

5.2 Lineamientos vigentes.

5.2.1 Ley de Salud Mental y Adicciones 26.657. (Nivel Nacional).

La Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657 fue sancionada el 23 de Noviembre de 2010 y reglamentada el 29 de mayo de 2013 (Decreto 603/2013), derogando la ley n° 22.914. La misma concibe a la salud mental desde una perspectiva holística e integral incluyendo a las adicciones dentro de su marco. (Rodríguez, 2014).

Según Barrenengoa (2016)., en nuestro país, la activa participación de organismos de Derechos Humanos, asociaciones de profesionales y Organizaciones No Gubernamentales (ONG), así como la experiencia acumulada de diversas disciplinas desde una perspectiva de derechos, generaron las condiciones para la sanción la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones (Ley 26657), la cual en el Capítulo 2, artículo 4°, estipula que :” Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”.

La Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones es la primera ley que trata al consumo problemático de sustancias dentro de los problemas de salud mental. Esto implica un cambio respecto de las leyes anteriores que analizaban la problemática e intentaban intervenir, en términos de peligrosidad, incluyendo la penalización a los consumidores como estrategia para combatir el narcotráfico. La ley postula el abordaje interdisciplinario y el trabajo intersectorial. Además introduce una dimensión de especificidad, en términos de padecimiento e incluso define la traducción en términos de políticas públicas, con un trabajo interministerial, destinando un 10% del presupuesto de Salud a la Salud Mental. De esta forma, se logra un gran avance en términos de promoción de los derechos humanos de las personas. (Antonaccio, 2019).

La consideración de las adicciones como una cuestión que se inscribe en el campo de la salud mental, la no distinción entre las sustancias lícitas e ilícitas y la inclusión de las adicciones en las políticas públicas y su atención en los servicios de salud son tres aspectos centrales para una propuesta actual de intervención en consumo problemático. Además, como refiere la reglamentación, “El eje deberá estar puesto en la persona, en su singularidad más allá del tipo de adicción que padezca”. Esto dio lugar para dejar de creer que hay que penalizar el consumo para avanzar en estrategias para regularlo, priorizando la asistencia y la prevención de consumidores. (Barrenengoa, 2016).

Se así señala la necesidad de fortalecer las políticas públicas de salud mental, especialmente el cumplimiento de los derechos de las personas con padecimientos mentales o adicciones. El punto crucial del decreto se refiere a principios rectores en materia de atención primaria de la salud mental y a que los tratamientos de las adicciones deberán basarse en una perspectiva respetuosa de los derechos humanos y las garantías individuales de las personas, con un criterio interdisciplinario de atención, que priorice la participación y acompañamiento familiar y comunitario, según el texto de la norma

Sin embargo aunque ya no se criminalizaría a los consumidores, podrían ser etiquetados como enfermos (mentales), y por lo tanto se correría el riesgo de medicalizar / psiquiatrizar a todo consumidor de drogas. En este sentido, es importante remarcar la distinción que algunos documentos oficiales y proyectos de ley realizan entre “consumos” y “consumos problemáticos”, así como el énfasis en el resguardo de los derechos de las personas con padecimiento mental, entre las que se ubican aquellas con usos problemáticos de drogas. (López, 2019)

5.2.2 Plan IACOP. (Nivel Provincial).

En el año 2014 fue sancionada y promulgada la Ley 26.934, Plan Integral Para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP, 2014), dicha ley adopta en el marco de un nuevo paradigma, la mirada sobre los consumidores de drogas como sujetos de derechos y propone entre otras cosas adoptar el modelo de reducción de daños. En su Artículo 10 establece que: “La asistencia integral de los consumos problemáticos deberá ser brindada bajo estricto cumplimiento de las siguientes pautas:

- a) Respetar la autonomía individual y la singularidad de los sujetos que demandan asistencia para el tratamiento de abusos y adicciones, observando los derechos humanos fundamentales que los asisten y los principios y garantías constitucionales evitando la estigmatización.
- b) Priorizar los tratamientos ambulatorios, incorporando a la familia y al medio donde se desarrolla la persona, y considerar la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo y extremo que sólo deberá llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social, conforme a lo establecido en la ley 26.657.
- c) Promover la atención de sujetos que padecen problemáticas asociadas a los consumos en hospitales generales polivalentes. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios, según lo dispuesto en el artículo 28 de la ley 26.657.
- d) Incorporar el modelo de reducción de daños. Se entiende por reducción de daños a aquellas acciones que promuevan la reducción de riesgos para la salud individual y colectiva y que tengan por objeto mejorar la calidad de vida de los sujetos que padecen consumos problemáticos, disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles y prevenir todo otro daño asociado, incluyendo muertes por sobredosis y accidentes.
- e) Incorporar una mirada transdisciplinaria e interjurisdiccional, vinculándose los efectores sanitarios con las instancias de prevención, desarrollo e integración educativa y laboral.

Tal como se menciona en la ley, los objetivos del plan IACOP son:

- a) Prevenir los consumos problemáticos desde un abordaje intersectorial mediante la actuación directa del Estado;
- b) Asegurar la asistencia sanitaria integral gratuita a los sujetos afectados por algún consumo problemático;
- c) Integrar y amparar socialmente a los sujetos de algún consumo problemático.

Según esta ley, los consumos problemáticos deben ser abordados como parte integrante de las políticas de salud mental, por lo que los sujetos que los padecen tienen,

en relación con los servicios de salud, todos los derechos y garantías establecidos en la ley 26.657 de salud mental.

Mediante la misma se promueve la creación de los Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos, se apuntará a promover en la población instancias de desarrollo personal y comunitario, enfatizando las acciones en aquellos sectores con mayores niveles de vulnerabilidad. Una de las funciones específicas de dichos centros comunitarios será recibir en el centro a toda persona que se acerque y brindarle información acerca de las herramientas de asistencia sanitaria, los centros de salud disponibles, los planes de inclusión laboral y educativa que forman parte del Plan IACOP y facilitar el acceso de los/as ciudadanos/as afectados/as a los mismos. (Domínguez, 2014).

Capítulo 6: Instituciones públicas y privadas que abordan la temática.

6.1 Instituciones de Salud Pública.

6.1.2 Abordaje de las adicciones desde la Salud Pública y los diferentes niveles del Sistema Sanitario.

El abordaje en las conductas adictivas debe realizarse en todo el sistema sanitario, siendo la coordinación entre niveles sanitarios y los recursos comunitarios la clave del éxito.

La Atención Primaria es determinante para las actividades preventivas: detección precoz, detección de situaciones y conductas de riesgo, reducción de riesgos, abordaje familiar, inicio de algunas desintoxicaciones y cuidados paliativos, con apoyo externo si es necesario. La extensión de estas conductas, su gravedad, su vulnerabilidad, su evolución en el tiempo y su repercusión social convierten su atención en una actividad prioritaria a incluir en las carteras de servicios de los centros de salud.

.Prevención Primaria: La prevención no pasa necesariamente por hablar de drogas, esta prevención ha de sustentarse en diferentes estructuras: la familia, la escuela, la entidad de tiempo libre o de participación ciudadana. Favorecer la autonomía, el autocontrol, la autoestima, un sistema de valores y la responsabilidad son elementos importantes.

.Prevención Secundaria: La detección de situaciones de riesgo y de conductas de riesgo así como la detección precoz del consumo son actividades que deben realizarse desde los recursos normalizados de la comunidad y el Equipo de Atención Primaria.

.Detección del consumo: Ante situaciones y conductas de riesgo se debe interrogar directamente con adecuado manejo de las habilidades de comunicación y garantizando la privacidad. Una vez confirmado el consumo, el médico debe valorar el patrón de consumo actual, la delimitación del uso de las drogas (uso problemático, consumo perjudicial, dependencia), las circunstancias familiares y sociales, historia breve, hábitos de riesgo, antecedentes personales.

.Reducción de riesgos: El objetivo es mantener al drogodependiente en niveles de salud aceptables y mejorar su calidad de vida mediante:

.Inicio y seguimiento de las desintoxicaciones: Se debe evaluar cuando está indicada la intervención o cuando es más adecuado derivarlo a un centro de atención al drogodependiente.

. Prevención Terciaria: La segunda fase en todo tratamiento de rehabilitación, tras la desintoxicación, es la deshabituación. Una vez superada la fase en la que el objetivo es tratar de superar la sintomatología asociada al síndrome de abstinencia, se entra en un proceso de mantenimiento de la abstinencia dónde las técnicas psicológicas y de apoyo social que posibiliten una efectiva reinserción en la sociedad son la clave.

En este momento la actuación principal pivotará sobre los centros de atención al drogodependiente y el elemento clave es la coordinación.

.Control evolutivo: Una vez realizadas las intervenciones es conveniente mantener lo más posible el contacto con el paciente y la accesibilidad, pautando visitas programadas de seguimiento, con el objetivo de identificar problemas que incrementan el riesgo de recaída. En el caso de recaída, discutir la misma como un signo para reevaluar el plan de tratamiento y modificar los planes de tratamientos basados en las condiciones clínicas y psicosociales del paciente.

.Coordinación entre niveles: Quizá uno de los grandes problemas que ha acompañado al abordaje de las adicciones ha sido la falta de coordinación entre los diferentes niveles de atención. Establecer y conocer la red de recursos, tanto de servicios de información como de centros de atención al drogodependiente, centros de día, unidades de desintoxicación hospitalaria y comunidades terapéuticas, favoreciendo su coordinación con los recursos del sistema sanitario, es una premisa ineludible. Hay múltiples estudios que refuerzan que el abordaje a este problema debe realizarse en todos los niveles del sistema sanitario. Por otro lado, es de absoluta necesidad que exista una coordinación del sistema sanitario con la comunidad y sus recursos, con el sector educativo y con el sector de recursos sociales, estableciendo mecanismos estructurales que “fuercen esta coordinación”. Existen pocos temas en los que sea tan importante y necesario el abordaje integral y multidisciplinar como lo representa este tema. (Vicente, 2004).

6.1.3 SEDRONAR y CENARESCO.

Actualmente el Hospital Nacional en Red (ex CENARESCO) y la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) que es el organismo responsable de coordinar integralmente las políticas nacionales en materia de

adicciones, son las instituciones que marcan el camino a seguir para las llevar adelante el abordaje de la problemática de consumo desde una mirada centrada en la concepción de derechos, la autonomía, la reducción de daños y sobre todo posicionadas sobre la Ley de Salud Mental. (Lorenzo, 2019).

SEDRONAR: Desde su creación en 1989 SEDRONAR fue la encargada de llevar adelante todas las políticas referentes a las drogas ilegales, es decir, desde su estructura se debía perseguir a todos los eslabones que componen la cadena del narcotráfico e implementar medidas de corte punitivo-asistenciales a los consumidores. Consecuente con el modelo económico neoliberal de la década de 1990 se llevó adelante una organizada retirada del Estado en lo que respecta a la atención sociosanitaria en prevención y tratamiento de adicciones a nivel nacional. La SEDRONAR se basó en un modelo de salud donde los espacios de atención fueron tercerizados o privatizados y en la mayoría de los casos el Estado cesó de intervenir en algún aspecto del tratamiento. Esto posibilitó que tratamientos muy irregulares y de improbable efectividad tuvieran lugar. Por medio de ella se subvencionaban los tratamientos que un juez creía pertinente en instituciones privadas o religiosas. La mayoría de ellas consistían en comunidades terapéuticas urbanas o suburbanas “granjas” de corte abstencionista y residenciales.

La SEDRONAR ha llevado adelante sus funciones sin cambios importantes hasta finales del 2014 fecha en la que se evidencia un viraje de las políticas de drogas a un régimen más flexible. Estos cambios en el paradigma con el que se concibe el fenómeno de las sustancias psicoactivas y su consumo se materializan como Políticas Públicas que van desde nuevas sanciones en el plano legislativo hasta resoluciones y decretos del Poder Ejecutivo. (Matthys, 2018).

CENARESCO: El tratamiento de la Salud Mental hasta 1960 se basaba, por un lado, en la atención en el hospital psiquiátrico, avalada por la ley de Obras Sociales, dándole un tinte económico; y por otro, en hospitales generales e instituciones psicoanalíticas no médicas, con una concepción más social y democrática. Estos antecedentes son relevantes para entender la creación del CENARESO. Las adicciones no era una preocupación para los profesionales de salud mental. (Levin, 2013).

El CENARESO ha pasado por diferentes modos institucionales de abordar la problemática del adicto. Se planteó desde el punto de vista asistencial, un nuevo diseño que comprendía dos grandes ejes: el clínico que incluía todas las acciones médicas y

psicológicas individuales, grupales y familiares y el social que comprendía las acciones socio terapéuticas y de servicio social.

En la actualidad esta institución funciona como “Hospital Nacional en Red”, tras la intervención del Ministerio de salud de la Nación en 2013. La creación de dicho hospital especializado en salud mental y adicciones, implicó un cambio de perspectiva en relación a la problemática, al entenderla como parte integrante de las políticas de salud mental.

Las principales líneas de acción del establecimiento consisten en estrategias de atención primaria en salud mental en cada comunidad, con la necesidad de un abordaje interdisciplinario e intersectorial para trabajar el fortalecimiento, restitución de los lazos y vínculos sociales.

La articulación entre las instituciones es uno de los aspectos claves a la hora de encarar el consumo problemático de sustancias y con la implementación de variadas estrategias se busca como objetivo integrar la prevención de enfermedades, la reducción de daños y la promoción de salud como parte fundamental de la asistencia. Con la estrategia de reducción de riesgos y daños se apunta a la disminución del ingreso al consumo problemático y los riesgos que de ahí advienen. No tienen como condición para el inicio del tratamiento dejar de consumir, tampoco es razón para su suspensión. Lo que tiene importancia es la singularidad del sujeto. Por eso se debe pensar fundamentalmente en sujetos de derecho, a la salud como derecho inalienable y al Estado como garante de ese derecho, para evidenciar el cambio de perspectiva desde las políticas públicas.

El modelo institucional del ex CENARESCO está basado en acciones enmarcadas en la Ley 26.529 de Derechos del Paciente y en la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental, que entienden a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya reservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales. Por eso, se entiende que las adicciones deben ser abordadas en el marco de las políticas de salud mental.

Pensar desde el consumo problemático exige cuestionar la asociación mecánica y directa que muchas veces se atribuye tanto entre consumo y adicción, como entre consumo y problemas para el usuario, su grupo y/o comunidad. Por esta razón, el hospital ha implementado el Plan Estratégico Institucional 2013-2015 que propuso planificar acciones dirigidas a la prevención, resguardo y atención de la salud de la población en las patologías de consumo.

Esta estrategia se complementa con el desarrollo de acciones preventivas en la comunidad, y así surge la implementación del trabajo en red.

Estas estrategias se orientan a la inclusión social del paciente, por lo que la re vinculación familiar, las oportunidades educativas, la búsqueda laboral, o la recomposición de los lazos sociales son partes esenciales del tratamiento. Existe una concepción integral de la salud. Es por ello que estos abordajes no apuntan solamente a la abstinencia del consumo, sino a la integración de ese sujeto en su familia y en su comunidad. Por lo cual desde la institución se apunta a la construcción de un sistema sanitario equitativo, para que las estrategias de intervención se ajusten a los perfiles de los pacientes. (Lorenzo, 2019).

6.1.4 D.I.A.T (Dispositivo Integral de Abordaje Territorial).

El dispositivo Integral de Abordaje Territorial, se origina en el año 2014, cuando la Sedronar decide por primera vez en la historia, pasar de una lógica de dispositivo centralizado sólo en Buenos Aires a realizar dispositivos territoriales en todo el país, esto fue a través de la ley del Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (IACOP). La verdadera función de esta ley es la creación de dispositivos territoriales de Sedronar.

Se crearon 250 dispositivos en todo el país, los de mayor complejidad, denominados CET (Casa Educativa Terapéutica), los CEPLA, dispositivos territoriales de prevención de consumo no específica y los PEC, que son los puntos de encuentro comunitarios, que posteriormente se llamaron DIAT.

De esos 250 dispositivos en la actualidad sólo quedan menos de 40.

Estos dispositivos, al momento de plantear los lineamiento teóricos para el abordaje de las situaciones de consumo problemático, cuentan con 3 ejes que son los que pide la Sedronar, la Ley de Salud Mental, y el plan Iacop.

Una fuerte línea teórica es la restitución de derechos y la reducción de vulnerabilidades, esto incluye todo lo que tiene que ver con reducción de daños, el objetivo es no poner el eje en la sustancia. El foco se coloca en la restitución de derechos.

Se posiciona desde la epistemología de la complejidad, trabajando desde equipos interdisciplinarios y entendiendo que ante problemáticas complejas, se requieren respuestas complejas. (Lorenzo, 2019).

6.1.5. A.P.R.E.C.O.D. (La Agencia de Prevención del Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones).

La Agencia de Prevención del Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones (APRECOD), fue creada a través del Decreto 304/19. Su objetivo es la implementación de las políticas públicas en materia de consumos problemáticos y adicciones, mediante la articulación de acciones y coordinación técnica-operativa con las diferentes jurisdicciones y los diversos actores sociales, atendiendo de manera prioritaria a aquellos sujetos que configuran grupos de mayor vulnerabilidad.

Para ello se requiere del diseño, coordinación y evaluación de las políticas que, en materia de consumos problemáticos y adicciones, se desarrollen desde las gestiones públicas y privadas en el ámbito de la provincia de Santa Fe, con el objetivo de favorecer una reducción significativa del impacto sanitario y social de las adicciones en su conjunto, priorizando la promoción, prevención e inclusión social de los sujetos en situación de vulnerabilidad.

La Agencia impulsa sus acciones en el marco de lo dispuesto por la Ley Nacional N° 26.934, Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP), Ley Nacional N.º 26.657 de Salud Mental y Adicciones, Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes y la Ley Provincial N.º 12.967 de Promoción y Protección Integral para todo sujeto menor de 18 años que padezca algún consumo problemático o adicción.

La Agencia trabaja en forma coordinada y en corresponsabilidad con otras áreas del Estado y la sociedad civil, en la prevención y el abordaje de situaciones de consumo, propiciando la construcción de una Red Provincial, georeferenciada en tres macro regiones:

- Centro-Norte: comprende los departamentos La Capital, Garay, San Justo, San Javier, San Cristóbal, Nueve de Julio, Vera y General Obligado.
- Centro-Oeste: comprende los departamentos Belgrano, Iriondo, San Jerónimo, San Martín, Las Colonias y Castellanos.
- Sur: comprende los departamentos Rosario, San Lorenzo, Caseros, Villa Constitución y General López.

(Recuperado de: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/236206>)

6.2. Instituciones pertenecientes a la esfera de lo privado.

La existencia de organizaciones privadas sin fines de lucro es un fenómeno de larga data en Argentina. Desde incluso antes de la consolidación del Estado a fines del siglo pasado, existieron instituciones de bien público actuando en las áreas social, cultural, política y sobre todo asistencial. (Campetella, 2000).

6.2.1 Fundaciones y Asociaciones civiles.

Las asociaciones civiles y fundaciones responden a las necesidades y expectativas del vasto sector social representado por miles de organizaciones sociales, que ha demandado desde lo antiguo, adecuados marcos regulatorios para canalizar la participación ciudadana con el fin de mejorar las condiciones de vida de sus habitantes e incluso, la calidad de la democracia, muchas veces cuestionada (Ragazzi, 2016)

Fundaciones: en caso de las fundaciones, a diferencia de las asociaciones civiles, existe una ley específica que las regula. Esta es la Ley 19.836, sancionada en 1972, cuyo artículo 1 define a las fundaciones como personas jurídicas que se constituyen con un objeto de bien común, sin propósito de lucro, mediante el aporte patrimonial de una o más personas, aporte que debe posibilitar razonablemente el cumplimiento de los fines propuestos. Desde la perspectiva del “uso social”, las fundaciones aparecen como tales en el espacio público.

Asociaciones Civiles: Siguiendo al Código Civil (artículo 30 a 50), podemos definir a la Asociación Civil como una persona jurídica integrada por un conjunto de individuos asociados para desarrollar alguna actividad sin fines de lucro que además sea considerada por el orden jurídico como de “bien común”, es decir que además de beneficiar directamente a los asociados, beneficia a la comunidad en general.

En el caso particular de las asociaciones civiles, en Argentina no existe una ley específica que las regule orgánicamente. Desde la perspectiva de “uso social”, el término asociación civil refiere a un grupo muy diverso de organizaciones, entre las cuales se incluye a las O.N.G:

O.N.G (Organizaciones No Gubernamentales): Con este término se alude a organizaciones ligadas a la promoción del desarrollo social o la defensa de derechos, que aparecieron en Argentina en la década del ‘70, y contaron con el apoyo de la

cooperación internacional. En algunos casos han sido el sostén institucional de importantes movimientos sociales, tal como el de los derechos humanos que jugó un papel central en la transición democrática.

En general, las ONG's aparecen reivindicando derechos colectivos, ya sea frente al Estado, demandando transparencia o bregando por el respeto de derechos humanos o civiles.

Aunque legalmente aparecen registradas como asociaciones civiles o incluso fundaciones, se distinguen como universo con bastante claridad, en tanto ejercen presión y presencia en el espacio público y se identifican mutuamente, expresándose esto en la conformación de redes, foros y encuentros de relativa importancia y continuidad.

(Campetella, 2000).

En torno a la problemática de las adicciones, las organizaciones no gubernamentales de América Latina que trabajan por una reforma de las políticas de drogas comparten una mirada común sobre el tema, al menos en dos puntos centrales: conciben a las personas que usan drogas como sujetos con derechos y coinciden en que el abordaje de las drogas como un problema de seguridad no sólo es ineficaz, sino que además generó una gigantesca y organizada red criminal junto a un panorama devastador en términos de violaciones a los derechos humanos.

En materia de uso de drogas, apelan a sacar el tema del tabú y los prejuicios. La sociedad civil se involucra en los debates sobre políticas de drogas para que se revisen los contenidos de las políticas públicas, y para que se revisen los procedimientos. Buscan mediar en el debate e impulsar una nueva política.

Esta lógica institucional se orienta por tres grandes objetivos: promover iniciativas de reforma de las políticas de drogas mediante la difusión de evidencia científica, y la organización de espacios de debate nacionales y regionales; propiciar cambios en la legislación y la política pública en materia de drogas, con la intención de reforzar los principios de salud pública y derechos humanos; y contribuir a la consolidación de una plataforma latinoamericana de coordinación de esfuerzos gubernamentales y no gubernamentales hacia la reforma de las políticas de drogas. (Cunial, 2018).

Capítulo 7: Abordaje de la problemática a nivel municipal.

La Municipalidad de Rosario sostiene un modelo anclado en la responsabilidad de brindar una atención integral en relación a su complejidad. Esto incluye la asistencia de la ciudadanía respecto a diferentes consumos, (legales e ilegales).

Desde un enfoque de Reducción de Riesgos, los abordajes se piensan a partir de 2 líneas: prevención y tratamiento. Ambas conciben a la salud como derecho, y a las personas consumidoras como sujetos de derecho.

Para esta perspectiva, es esencial poder cuestionar la construcción que plantea el consumo desde una mirada punitiva y abstencionista. Representación que históricamente ha generado prejuicios y temores en torno a este tema, a la vez que la estigmatización de quien consume.

El punto partida es un modelo multidimensional de abordaje que se sostiene en 3 factores (sustancia consumida, sujeto y contexto). Este modo de pensar permite construir estrategias de atención complejas, que incluyen la intersectorialidad, la integralidad e interdisciplina, y apunta a reconstituir lazos sociales.

No se abarca el consumo únicamente desde un modelo ético-jurídico, que se enfoca principalmente en la legalidad o ilegalidad de las sustancias y posiciona al sujeto que consume como un criminal. Se plantea que tampoco se puede entender el problema sólo desde el modelo médico sanitario, enfocándolo a partir de los efectos de la sustancia para/en la salud. Finalmente tampoco es suficiente pensar que únicamente el contexto cultural y social es la causa del consumo, relegando al sujeto al contexto.

Es necesario abordar el consumo en todas sus aristas y sus dimensiones (social, sanitaria, jurídico y cultural), considerando tanto al sujeto como a la comunidad y su contexto.

Entendiendo que el eje central es la reducción de riesgos y reducción de daños en la salud y en la vida social, no se tiene por objetivo principal la abstinencia del consumo sino la ampliación de la responsabilidad frente al mismo. Igualmente, si la construcción singular del proyecto terapéutico lo requiriese, se contemplarán las modalidades de atención que fueran pertinentes.

En materia de reducción de riesgos, se apunta a la necesidad de trabajar sobre y con los procesos estructurales de la sociedad actual, lo cual implica tener en cuenta las causalidades tanto a nivel individual como social.

En relación al nivel singular, su consideración supone construir lecturas situacionales, en las que es prioritario ubicar el lugar que ocupa el consumo en la vida de cada persona. Las intervenciones se piensan en pos de tornar más saludable el modo de vida, fortalecer el ejercicio de derechos ciudadanos, y ampliar la capacidad de ejercer la libertad y el disfrute por la vida. Es decir, se apunta a la construcción de un proyecto vital como eje central a considerar.

Para el tratamiento, el municipio cuenta con dispositivos de atención centrados en el reconocimiento de los derechos y elecciones del sujeto que consume. Los tratamientos se basan en metodologías que alojan y trabajan sobre el sufrimiento, el malestar, las limitaciones en el proyecto de vida posible de cada persona, como así también en la deshabitación. Estos dos ejes se trabajan de manera intersectorial, sumando todas las áreas dependientes de las secretarías del Estado Municipal, a través del desarrollo de estrategias transversales junto con Instituciones públicas y no estatales.

En el marco de la reducción de riesgos, en tanto posibilidad de disminuir la entrada en un consumo y los riesgos asociados con el mismo, el dejar de consumir no es una condición de inicio de tratamiento. Por el contrario, se orienta por el principio de que una persona que no puede o no quiere dejar de consumir, debe ser ayudada a disminuir los riesgos que puedan estar vinculados con el consumo. Estos riesgos pueden ser respecto a la salud (transmisión de enfermedades), respecto a lo social (estigmatización). Todas las estrategias están basadas en la persona en tanto sujeto de derecho.

La Municipalidad de Rosario, cuenta con una red de servicios de acceso para la atención de problemáticas vinculadas al consumo:

- Más de 50 centros de salud
- Hospitales
- Centros de Día
- Centros de Convivencia Barrial

- Otros dispositivos dependientes de la Secretaría de Desarrollo social
 - Espacios pertenecientes a la Secretaría de Cultura y Educación
 - Programa Nueva Oportunidad
 - Casa Educativa Terapéutica: de gestión entre los tres niveles del Estado: Sedronar (Nación), Salud y Desarrollo Social (Municipio y Provincia)
 - Organizaciones de la sociedad civil de atención específica e inespecífica con convenios de financiamiento desde el Estado (Municipal, Provincial y Nacional).
- (Extraído de: <https://www.rosario.gob.ar/web/servicios/salud/prevencion-y-promocion/consumos/la-estacion-abordaje-integral-ante-consumos>).

Marco metodológico.

Tipo de estudio.

El alcance de esta investigación es de tipo descriptivo. Los estudios descriptivos buscan una caracterización precisa y detallada del objeto de estudio mediante la observación y valoración de los principales aspectos o variables que lo componen. Por otro lado es de corte transversal ya que la recolección de información se circunscribe a un momento específico en el tiempo, va a haber una única toma de datos.

El diseño de la misma, será de tipo no experimental, ya que no se pretende intervenir o manipular intencionalmente las variables involucradas en el estudio. (Hernández Sampieri, 2010).

Definición conceptual y operacional de las variables.

Para la presente investigación se consideraron las siguientes variables: Modelos de abordaje implementados en el tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas/ Esfera de pertenencia de la institución (pública/privada).

Variable 1: Modelos de abordaje implementados en el tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas:

Definición Conceptual:

Se entiende por **modelos de abordaje** al conjunto de estrategias implementadas para el tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas.

El **término adicción**, al estar ligado al consumo de sustancias psicoactivas, se recorta en este caso a una conducta de consumo que el sujeto tiende a mantener a pesar de los efectos negativos que produce en su vida y que se convierte en un elemento central de sus actividades.

Por su parte la definición de **sustancias psicoactivas** per se, hace referencia a sustancias químicamente muy diversas que luego de su administración generaran diferentes efectos fisiológicos y conductuales.

Definición operacional:

Para la medición de la variable se utilizaron las respuestas de las personas a las preguntas de la entrevista.

Variable 2: Esfera de pertenencia de la institución (pública/privada)

Definición Conceptual:

. **Instituciones pertenecientes a la esfera privadas:** Instituciones cuya esfera de pertenencia no radica en el Estado. Dentro de las mismas se incluyen las Asociaciones Civiles, O.N.G (Organizaciones no Gubernamentales) y Fundaciones.

. **Instituciones pertenecientes a la esfera pública:** Instituciones cuya esfera de pertenencia es el Estado.

La idea de esfera pública designa un territorio de nuestra vida social donde, por lo general, todos los ciudadanos pueden tener acceso a este territorio.

Definición operacional:

La medición de la variable se realizó según documentos estatutarios.

Unidades de análisis

Población: Profesionales que trabajan en la atención y el tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas, en instituciones de Salud, de gestión Pública y Privada de la ciudad de Rosario.

Muestra: La muestra está constituida por cuatro profesionales pertenecientes a instituciones de Salud Pública y tres profesionales pertenecientes a instituciones de Salud Privada, que trabajan en el abordaje de la adicción a sustancias psicoactivas, en la ciudad de Rosario.

El tipo de muestreo empleado se encuadra dentro de los no probabilísticos. Específicamente se recurrió al muestro por conveniencia.

Criterios de Inclusión:

- Que los entrevistados sean profesionales (médicos, psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, operadores comunitarios etc.).
- Que los mismos trabajen en el ámbito de la atención y el tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas, en instituciones tanto públicas como privadas.
- Que los entrevistados se presenten de forma voluntaria a participar de la investigación.

Técnicas e instrumentos.

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la entrevista semi estructurada (Anexo 1), realizada a profesionales que trabajan en el abordaje de la adicción a sustancias psicoactivas, en instituciones tanto públicas como privadas de la ciudad de Rosario. Las entrevistas están diseñadas en torno a siete ejes principales, con el fin de ordenar y categorizar la información obtenida, para su posterior análisis. A continuación, se detallan los ejes con las respectivas preguntas que los definen:

Ejes que guían la entrevista.

Eje 1: “Paradigma, concepción del sujeto y de la adicción desde el que se parte”

¿Cuál es la concepción de adicción desde la que se trabaja en esta institución?

¿Bajo qué paradigma y concepción de sujeto se enmarcan los abordajes implementados?

¿Existen pautas o lineamientos en los cuales se base la institución para establecer los abordajes e intervenciones implementadas? De ser así ¿Cuáles?

Eje 2: “Intervenciones implementados por los profesionales para el tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas”

¿Cuál es el procedimiento realizado, ante la consulta de un sujeto o un familiar que recurre a la institución por una situación de consumo problemático? ¿Cuáles son las intervenciones que se implementan?

¿Qué estrategias de abordaje se implementan en el caso de un paciente que ingresa en situación de emergencia por abuso de consumo?

Eje 3: “Valoración del trabajo interdisciplinario”

¿Cómo está conformado su equipo de trabajo?

¿Cuáles son los profesionales que participan de las intervenciones implementadas?

¿Qué papel desempeña cada uno en el mismo?

Eje 4: “Valoración del trabajo intersectorial”

¿Es necesaria la vinculación de esta institución con otras instituciones/organismos para llevar a cabo los abordajes implementados? Y de ser así ¿Con cuáles? Y ¿de qué manera se efectúa dicho proceso?

¿Se realiza un seguimiento del paciente cuando finaliza el tratamiento o debe ser derivado a otra institución?

Eje 5: “Campo específico del psicólogo y abordaje psicoterapéutico”

¿Se brinda tratamiento psicológico para el abordaje de esta problemática en esta institución? De ser así ¿desde qué enfoque se trata?

¿Cuál es el campo de acción y el rol específico del psicólogo en los abordajes implementados en esta institución?

Eje 6: “Capacitación específica en relación a la problemática recibida por los profesionales”

¿Recibió y/o recibe algún tipo de capacitación para el abordaje de esta problemática? De ser así ¿por parte de que organismos y/o instituciones?

Eje 7: “Limitaciones y obstáculos halladas a la hora de implementar los abordajes necesarios. Propuestas de los profesionales y visión personal al respecto”

¿Existen obstáculos o limitaciones a la hora de implementar los abordajes e intervenciones mencionadas? De ser así ¿Cuáles?

Personalmente, está de acuerdo con la forma de abordar actualmente esta problemática o cree necesario algún cambio? De ser así ¿Cual/es?

Procedimiento.

Debido a la situación pandémica vivida en la actualidad y por las restricciones impuestas en consecuencia, muchas de las entrevistas debieron ser realizadas bajo modalidad virtual, en la cual se optó por la modalidad de video llamada. Sin embargo en algunos casos se pudo llevar a cabo la entrevista de manera presencial, según las circunstancias contextuales variables del momento a la hora de realizar la entrevista y según la elección del entrevistado, siempre tomando en cuenta los recaudos y cuidado necesarios, debido a la actual situación.

Área de estudio

El área de estudio está comprendida por profesionales que trabajan en la atención y el tratamiento de personas con problemáticas de adicción a sustancias psicoactivas. Dichos profesionales pertenecen a cuatro Instituciones Públicas y a tres Instituciones Privadas

(O.N.G, Fundaciones y Comunidades Terapéuticas) de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, República Argentina. Dicha ciudad está situada a la vera del Río Paraná y es considerada la segunda ciudad en importancia de la República Argentina. Con una población aproximada de 1.500.000 habitantes.

De las instituciones de la esfera privada a las que se acudió para entrevistar a los profesionales, las dos primeras de ellas funcionan como Comunidades Terapéuticas, la primera es una Asociación Civil y la segunda una Fundación. La tercera institución a la que se acudió funciona como Centro de día, es una institución privada pero a diferencia de las anteriores tiene articulaciones con el Estado en distintos niveles, participando de la Red Pública.

Por su parte, de las instituciones de la esfera pública a las que se acudió, la primera funciona como Hospital de Tercer Nivel de alta complejidad, la segunda como Hospital General también de alta complejidad, la tercera como Centro Regional de Salud Mental y finalmente la cuarta institución funciona como Centro de día y también como red o conexión entre las diversas instituciones a nivel municipal.

Consideraciones éticas.

Previamente a realizar las entrevistas, se solicitó a los profesionales, el consentimiento para su participación voluntaria en la presente investigación y se les informó acerca de los objetivos de la misma, garantizando la confidencialidad de los datos obtenidos, aclarando que los mismos serán utilizados únicamente a los fines de la investigación. Para la grabación de las entrevistas también se solicitó la autorización previa de cada uno de los entrevistados.

Análisis e interpretación de los resultados.

La presente investigación tuvo por objetivo general analizar las similitudes y diferencias en los modelos de abordaje implementados por los profesionales, en el tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas en instituciones tanto públicas como privadas de la ciudad de Rosario. En el siguiente apartado se presenta un análisis de los resultados obtenidos en las entrevistas realizadas a los profesionales, con el fin de dar respuesta a la pregunta y a los objetivos planteados en la precedente investigación. Como se mencionó anteriormente cada pregunta de la entrevista, responde a un eje que orienta y define la categorización de las respuestas obtenidas para su posterior desarrollo y análisis.

En el **primer eje de análisis: “Paradigma, concepción del sujeto y de la adicción desde el que se parte”**, pudo destacarse una notoria diferencia entre las instituciones pertenecientes a la esfera pública y a la esfera privada, en relación al paradigma desde el cual se parte para determinar las modalidades de abordaje implementadas en las mismas.

Desde las instituciones de índole pública, según lo expuesto por los entrevistados, se remarcó la adherencia al paradigma denominado de reducción de riesgo y daños, sin embargo pudo observarse que este paradigma convive aún hoy con el paradigma denominado abstencionista o prohibicionista, al cual adhieren en su mayoría las instituciones del ámbito privado. Tal como lo expresó la entrevistada número 5, perteneciente a una institución pública: *“No es que vino un paradigma a reemplazar al otro, si no que bueno...los poderes y las cuestiones que condicionan a la existencia de los distintos modos de ver están todavía todas vigentes”*: (Anexo 2).

Por su parte, el entrevistado número 1, perteneciente a una institución privada planteó: *“Ese tema de los paradigmas o supuestos paradigmas en realidad son una serie de constructos que se instalaron en los años 90 y que de paradigma no tienen nada, en realidad son propuestas de ciertos colegas, de cierta gente que ha tomado específicamente el tema de la reducción de daños y que para tomar postura por la reducción de daños, lo han hecho a partir de confrontar con ciertas prácticas que se desconocen absolutamente y se manejan con prejuicio”* (Anexo 2). Como pudo observarse en estos testimonios, se destacó la presencia de una tensión y de un debate aún vigente sobre esta cuestión en torno a los paradigmas.

En este punto, según lo expuesto en el marco teórico (Capítulo 3), la concepción prohibicionista y abstencionista, se encuentra asociada a la creencia de que la abstinencia completa es el indicador principal de recuperación y la vía por excelencia para el tratamiento, (Tosti, 2018). Por otro lado, el concepto de reducción de daños se encuentra enraizado en los fundamentos tanto de salud pública como de derechos humanos, y adopta un enfoque pragmático y carente de juicios morales para abordar los problemas asociados con el consumo de drogas. (Matthys, 2018).

Adhiriendo a esto, Barrganoba (2016), plantea que la reducción del daños ha permitido superar la posición moralista sobre el consumo y ha planteado la necesidad de una política basada en los derechos, desde una perspectiva que inicia el tránsito de una posición de juicio y estigmatización hacia una de inclusión. Desde este punto de vista, la reducción de daños constituye una estrategia que aspira a minimizar las secuelas del consumo de drogas sin exigir la abstinencia, lo cual la hace parte de un dispositivo terapéutico más amplio cuyo objetivo final es la inclusión social.

Este aspecto al que hacen referencia los autores, puede enmarcarse dentro de lo estipulado en la Ley de Salud Mental y Adicciones 26.657, que en su capítulo 2, artículo 4 expresa: *“Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.”*. Respecto a esto la entrevistada número 5, perteneciente a una institución de la esfera pública expresó: *“En nuestro país se sanciona una Ley de Salud Mental y Adicciones, (...), que empieza a poner un marco legal de como pensar las atenciones y los problemas asociados con la salud, justamente con el consumo de drogas, que son problemas de salud y no son problemas jurídicos. Entonces eso tiene un correlato (...) en relación a justamente a como conceptualizar los problemas que atraviesan a la sociedad en relación a las drogas, que tiene que ver con poder conceptualizarlo con problemas de salud cuando se presentan, independientemente de la legalidad o ilegalidad de la sustancia.”* (Anexo 2).

Sin embargo en el ámbito privado, como se mencionó anteriormente, el paradigma abstencionista sigue vigente y es tomado como marco de referencia y único camino posible a seguir en muchas instituciones, sobre todo en las denominadas Comunidades Terapéuticas. En este punto el entrevistado número 2, presidente de una Comunidad Terapéutica determinó que: *“La reducción y la prevención es todo mentira. Porque no*

es una solución eso, que si vos vas a consumir 10 consumas 2, seguís consumiendo... la reducción de daños .sería, si tomas 5, toma 2, si te fumas 10 porros fúmate 5. Nosotros ni cerca estamos de eso. Nosotros es 0, consumo 0. No porque si no estoy mintiendo. Y la prevención es todo mentira. Porque si yo consumo y vengo y me interno, no hubo ninguna prevención, ya consumí.”. (Anexo 2).

Por su parte, otro de los entrevistados (número 1) presidente de otra Comunidad Terapéutica, también perteneciente a la esfera privada, expresó: *“Desde los nuevos discursos, la reducción de daños, el consumo recreativo, el consumo problemático... no son categorías clínicas, son categorías ideológico políticas y lo que no tienen es eficiencia y efectividad clínica. Vos tener un hijo con problemas de drogas, planteaste a donde lo vas a llevar o a quién vas a buscar para que te ayude”.* (Anexo 2). Así según los datos recabados, pudo observarse un debate que sigue vigente, el cual sienta sus bases en torno al paradigma al cual se adhiere.

A su vez, el citado entrevistado, sin alejarse del ideal abstencionista, expresó una mirada crítica respecto a esta cuestión de los paradigmas: *“(...) esta supuesta idea de la reducción de daños, que es sumamente importante, como propuesta es muy importante. El problema es que se instaló como un discurso único, de tinte hegemónico, peleándose, confrontando desde estos supuestos paradigmas, paradigmas de reducción de daños versus paradigma abstencionista o prohibicionista, cuando en realidad son construcciones teóricas, tienen un referente y una argumentación teórica, que nadie podría estar en contra de la reducción de daños por ejemplo, pero esa existencia de la reducción de daños (...) se ha desarrollado confrontando con un supuesto prohibicionismo.”* (Anexo 2/) A lo que agregó: *“El problema con esas categorías es que si nadie puede estar en desacuerdo... nadie puede estar en contra de los derechos humanos, del usuario, de la promoción de derechos, de las garantías individuales, constitucionales (...). Eso en principio. Y en ese contexto se ha generado una situación dilemática, como estando a favor o en contra de la abstinencia... pero de allí a tomar esto como paradigma o como referencia que tenga que ver con una argumentación conceptual, una argumentación teórica (...)”* (Anexo 2).

Por lo cual se denota aquí una clara tensión entre la visión de los profesionales que se desempeñan en la esfera privada y los profesionales pertenecientes a la esfera pública. En este punto la entrevistada número 5, perteneciente a una institución pública refirió específicamente una crítica a las instituciones privadas que funcionan como

Comunidades Terapéuticas, declarando que: *“Las comunidades terapéuticas más tradicionales que tienen, yo le digo el modelo Fordista, que primero pasan por esto, después pasan por esto y todos pasan por lo mismo y después te recibís de “ex adicto” y te dan un título de que te recibiste ahí. Bueno nosotros no creemos que eso funcione, eso es presuponer que a todos nos pasa lo mismo”*. (Anexo 2) Sin embargo más adelante agregó: *“Nosotros partimos desde el paradigma de reducción de riesgos y daños, pero sin negar ninguna opción terapéutica. Es decir, no es que si hay un paciente donde hay que pensar en una estrategia abstencionista porque el problema que tiene que se asocia al consumo es muy complejo, se va en ese camino, pero si necesitamos trabajar con la abstención derivamos sí o sí”*. (Anexo 2)

Esto pone de relieve una contradicción entre el marco teórico al que se adhiere y la demanda que la praxis requiere, ya que en muchos casos las instituciones públicas para dar respuestas a las diferentes demandas atencionales, deben acudir a instituciones que adoptan como marco de referencia en sus abordajes, un paradigma que se expresa como opuesto al que se intenta implementar, pero que paradójicamente es a donde se ven obligados a recurrir.

Tal como relató el entrevistado número 4, Jefe de servicios del sector de Salud Mental de una institución Pública de Tercer Nivel de atención: *“Si es necesaria alguna internación se contacta la posibilidad de donde derivarlo, siempre se contacta con algún centro terapéutico”* (Anexo2). Aludiendo con esto a instituciones de índole privada, tal como lo explicitó más adelante: *“Ahora se trabaja con una institución que se llama (Nombra una institución de la esfera privada, que funciona como Centro de Día) o lo que se llama (nombra una fundación, que funciona como Comunidad Terapéutica). Son fundaciones que tienen convenio con el Estado, pero que no pertenecen al Estado.”* (Anexo 2).

Si bien desde la teoría, el paradigma de reducción de riesgos y daños se plantea con fundamentos sólidos, en la práctica los mismos parecen diluirse en las vicisitudes cotidianas, y en la realidad empírica de los propios recursos con los que cuentan las instituciones públicas para poder ofrecer el tratamiento adecuado en cada caso. Por lo cual en muchas situaciones, según lo expuesto, se ven en la necesidad de recurrir a estas instituciones de la esfera privada, donde el paradigma al que en general adhieren las mismas, se presenta como contrapuesto al que desde las propias instituciones públicas se pregona.

Por su parte el entrevistado número 3, perteneciente a una institución de índole privada, que funciona como Centro de Día planteó una mirada particular al respecto: *“No es el ideal abstencionista lo que orienta, porque el retiro abrupto de la sustancia en determinado momento de la vida de alguien puede tener consecuencias muy complejas, como puede ser el intento de quitarse la vida por ejemplo...eso por un lado. Tampoco es la reducción de daños, es decir que es un paradigma más reciente en términos de cronología....si uno se adentra a definir qué es la reducción de daños (...) también la reducción de daños es un gran abanico donde hay múltiples factores que hay que contemplar...entonces tampoco diría que lo que nosotros hacemos es reducción de daños. En realidad lo que plantearía es que la institución se ofrece como un lugar en donde un sujeto puede darse la chance, lo diría así, de encontrar un modo diferente de vivir y que su sufrimiento no sea tan infernal.”* (Anexo 2).

A lo cual agregó: *“Igual hay que decir que hay distintas perspectivas y la erradicación de la sustancia es una. A muchos sujetos eso le funciona....a otros no. Hay determinados momentos en donde las internaciones, que necesariamente introducen una separación física con la droga son imprescindibles, porque si hay una desregulación tal que implica eso o porque está en juego la vida de una persona, (...) eso es a calibrar en cada caso. Muy caso por caso y cada caso particular, esa es una orientación de la institución”.* (Anexo 2). Adhiriendo también a una postura similar, la entrevistada número 6, que trabaja como toxicóloga para la Red de Salud Municipal, al preguntarle desde qué paradigma se parte para realizar los abordajes necesarios respondió: *“Depende, imagínate que si la que viene a plantear un consumo problemático es una embarazada o una mujer en período de lactancia, claro que la postura es abstencionista”* (Anexo 2). Por lo cual aún desde la salud pública, pese a que la misma parece anclarse en el paradigma de reducción de riesgos y daños, el tratamiento adecuado según lo expuesto, se aleja posturas antagónicas, para poder analizar de manera coherente el caso por caso que la práctica cotidiana requiere en pos de brindar el tratamiento adecuado para cada situación en particular

Por otro lado, en lo referente a la concepción de adicción en la que se basan los profesionales pertenecientes a las diferentes instituciones, las respuestas fueron igualmente disímiles, pero dichas diferencias no se enmarcaron sólo en la distinción entre instituciones de índole pública o privada, si no que cada profesional indistintamente al marco institucional al que pertenezca, refirió marcos de conceptualización que se fundamentan en diferentes modelos y teorías.

Comenzando por el entrevistado número 1, psiquiatra, presidente de una institución privada, definió a la adicción desde una mirada arraigada en el Modelo Médico: *“A partir del siglo XXI, se instala el criterio, vigente actualmente, de que las adicciones son trastornos o padecimientos llamados Cónicos no Transmisibles, al mismo nivel que la diabetes o la hipertensión arterial”* (Anexo2). El modelo médico-sanitario según lo planteado en el marco teórico (Capítulo 2), se relaciona íntimamente con el pensamiento médico hegemónico: comparten, a grandes rasgos, la misma concepción de salud como contraria a la enfermedad. La pretensión es evitar el consumo de la sustancia entendida como causa de todos los males individuales y sociales, por lo cual su estrategia también es abstencionista. (Lorenzo, 2019)

Sin embargo, la entrevistada número 6, también médica y toxicóloga, refirió al respecto: *“Esa es una parte que en la facultad nos enseñan al revés, porque nos enseñan como a partir de las enfermedades y en realidad se tendría que estudiar a partir de los pacientes.”* (Anexo2).

Por otro lado, los planteos más recientes definen a las adicciones en términos de consumo no problemático y consumo problemático. Según lo expuesto en el marco teórico (Capítulo 1), se entiende por consumo problemático a aquella forma de relación con las drogas en la que, bien por su cantidad, por su frecuencia y/o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno. Mientras que un consumo no problemático es el tipo de consumo en el que, bien por su cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se evidencian consecuencias negativas en el consumidor ni en su entorno. (Lorenzo, 2019).

En este punto la entrevistada número 5, perteneciente a una institución pública expuso: *“ (...) en todo caso hay que repensar el vínculo con las sustancias, o sea, si yo me tomo un vaso de vino todas las noches nadie me va a decir nada, ahora si ese vaso de vino me lo tomo a la mañana antes de venir a trabajar, bueno...tiene que ver con eso, qué tipo de consumo, cuando, donde, de qué manera, en que cantidad, en qué contexto. Entonces no es problema si consumís o no consumís, sino qué lugar ocupa en tu trayecto vital.”* (Anexo). Agregando: *“El término adicciones en todo caso se puede pensar en términos del viejo paradigma, ubicando ahí el problema y después bueno, (...) poder pensar a los abordajes en contexto y en función de la realidad que impera. Esto no es que alguien dijo no me gusta el término “adicciones”, pensemos en*

“consumo problemático”, hubo un colectivo, en todas partes, donde hace mucho empezaron a problematizar que la forma de conceptualizar el problema no traía ninguna solución. Porque esto, sustancias nos ofrecen a todos en todo momento,(...), el tema es cuál es nuestro proyecto vital y qué vínculo establecemos con esa sustancia, entonces (...), tenemos que poder pensar esto, que ese consumo puede ser problemático o no” (Anexo 2). A lo cual agregó: “Nosotros hablamos de esto, desde la perspectiva de los problemas asociados a los consumos de sustancias psicoactivas, no hablamos en términos de adictos o no adictos y demás. Es una cuestión semántica que tiene un contenido... entonces si nosotros decimos que todos consumimos, consumimos tecnología, celulares, ropa, juego, vino... las distintas cuestiones que están a mano, de todos nosotros, todo el tiempo (...)” (Anexo2).

Esta mirada pretende alejarse de los viejos modelos centrados en la perspectiva ético-jurídico, donde según lo expuesto en el marco teórico (capítulo 2), por Lorenzo (2019) las sustancias psicoactivas, para este tipo de discurso, las drogas, son la causa de todos los males individuales y sociales y el sujeto es un solo actor secundario, que se convierte en un objeto dominado por la sustancia. Como se trata de un modelo principalmente jurídico, su consideración de las sustancias está determinada por el criterio de legalidad, y por eso resulta primordialmente punitivo. Hay sustancias lícitas y sustancias ilícitas. Según esta concepción, entonces, el consumidor de drogas ilícitas viola la ley y se convierte en un transgresor.

A diferencia de éste modelo, el esquema psico-social que fue planteado también en el marco teórico (capítulo 2) por la misma autora, expone un modelo que se concentra en el sujeto o más precisamente, en el vínculo que ese sujeto construye con la sustancia, y éste se convierte en el protagonista principal. Por eso mismo, tanto la condición lícita o ilícita como el estatus farmacológico de las sustancias son asuntos necesarios pero secundarios. Como consecuencia de esta modificación en el análisis (de la sustancia al sujeto), surgen una serie de conceptos (por ejemplo: uso y/o abuso de sustancias), que permiten introducir una distinción entre consumo problemático y consumo no problemático, lo cual, no hay dudas, es incompatible con los dos primeros modelos.

La citada entrevistada al describir su postura, se basó como pudo observarse, en un enfoque psicosocial: *“Nosotros partimos de que todos consumimos, vivimos en una sociedad de consumo que nos constituye como ciudadanos.”* Esta mirada, como se expuso anteriormente, coincide con lo planteado en el marco teórico (Capítulo 2),

también por Lorenzo (2019) quien al hablar de consumo problemático expresó que vivimos en una sociedad de consumo donde todos consumimos distintos bienes y servicio. El consumo problemático es una problemática más entre las emergentes de dicha sociedad. El consumo de sustancias se inscribe como parte de un tejido social donde se consumen todo tipo de objetos. Al hablar de consumo problemático estamos sacando el foco del problema en la sustancia y trasladándolo al vínculo que los sujetos establecen con determinado objeto, sea sustancia psicoactiva o no. La idea es poder reflexionar sobre la relación compulsiva que tiene el sujeto con un determinado objeto que afecta la salud psicofísica y principalmente el lazo social. La apuesta es como refiere la autora, alejarnos de una mirada estigmatizante hacia los sujetos que consumen sustancias para hacer eje en la restitución de derechos y la reconstrucción del lazo social a través de la salud comunitaria como una propuesta superadora.

Por su parte el entrevistado número 3, perteneciente a una institución privada, problematizó el mencionado uso del término “consumo problemático” planteando al respecto: *“A mi modo, y esto si hablo en nombre propio, el mal llamado consumo problemático es un sintagma que circula frecuentemente. Consumo problemático no me parece lo más apropiado, porque en realidad lo que uno constata, que en muchos sujetos el consumo no es problemático, es una solución”*. (Anexo2). Marcando de esta manera una postura crítica en cuanto a las concepciones y definiciones que circulan en la actualidad. Esto también se vio reflejado en lo expresado por la entrevistada número 7, perteneciente a un hospital monovalente, del ámbito público: *“Hay una relación con la sustancia que a veces deviene problemática y que eso problemático a veces es leído así por el usuario y otras veces es leído así por el entorno y no por el usuario... lo problemático no siempre coincide o por ahí es problemático para nosotros, los que lo evaluamos y para su familia y para el paciente no lo es, entonces ahí hay varios planos de lectura del consumo problemático”*. (Anexo2).

Finalmente en cuanto a la concepción de sujeto, todos los entrevistados coincidieron en una mirada de sujeto de derecho que se enmarca en lo que estipula la Ley de Salud Mental y Adicciones (Ley 26657), la cual en su artículo 4º, como se mencionó anteriormente destaca que: *“Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental”*. Y reconoce que: *“Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”*. Según lo planteado por Barrenengoa (2014), esta mirada intenta alejarse de viejos paradigmas y

modelos que tienen una visión estigmatizante del sujeto con problemáticas de consumo.

Respecto a este punto el entrevistado número 1, presidente de una Comunidad Terapéutica expresó: “(...) *nadie puede estar en contra de los derechos humanos, del usuario, de la promoción de derechos, de las garantías individuales, constitucionales, etc, etc. Eso en principio*”. (Anexo2). Otro de los entrevistados (número 3), perteneciente a otra institución de la esfera privada, en este aspecto refirió: “*En cuanto a la concepción del sujeto, es una concepción psi, digamos de alguna perspectiva del campo psi y la del sujeto de derecho*” (Anexo 2).

Indistintamente al paradigma al que se adhiera y a la concepción de adicción que se asimile, todos los entrevistados coincidieron en legitimar al sujeto, como sujeto de derecho, según lo estipula la Ley de Salud Mental y Adicciones 26.657, con los mismos derechos que cualquier sujeto a ser atendido en el sistema de salud. Sin embargo, si bien se observó un avance en este punto, aún hoy en la sociedad e incluso en algunos profesionales predomina el viejo modelo hegemónico y la mirada estigmatizante sobre los pacientes que consumen. Tal como lo describió la entrevistada número 6, que trabaja en la red de salud municipal: “*Eso es una construcción o mejor dicho una deconstrucción que lleva mucho tiempo. Si bien yo creo que hay más apertura a reconocer que la persona que tiene un padecimiento relacionado a un consumo, tiene tanto derecho a recibir, tanto lo asistencial, todo lo que le pueda brindar el sistema de salud, tiene tanto derecho como cualquiera*” (Anexo 2).

Por lo cual, si bien esta mirada intenta ser superada, como refiere la citada entrevistada, es una deconstrucción que lleva mucho tiempo y que pese a los avances en cuanto a lo que la ley se refiere, la mirada social, incluida la de algunos profesionales, muchas veces se encuentra arraigada en viejos modelos, que dejan de lado los derechos del sujeto, siendo juzgados y discriminados, tratando al consumidor de drogas ilícitas como un sujeto que viola la ley y que no merece el mismo tratamiento que otros sujetos.

Tal como apuntó al respecto la entrevistada número 6, perteneciente a la red de salud municipal: “ (...) *si bien esta mirada un poco cambio, todavía queda mucho por construir y todavía estos estigmas de los que hablamos están y estos modos todavía existen, se viven desde el mismo profesional de la salud, a veces nos pasa, (...) en (nombra una institución pública), cuando tenemos muchas pacientes con consumo que van a parir a sus hijos y a veces te pasa que el colega obstetra...quedará muy feo que*

yo me refiriera en esta entrevista (...) cómo les llaman a una mujer que va a parir ahí y que consume...y vos decís es un colega tuyo y está en salud y no podes...todo lo malo que le achacamos al modelo hegemónico, bueno hay gente que lo tiene muy internalizado, es una deconstrucción muy difícil esa, la de plantearse yo estoy acá, pero estoy al servicio del paciente, no vengo a decirle lo que tiene que hacer (...)" (Anexo 2).

En correlación a lo expuesto, en el marco teórico (Capítulo 5), López (2019), planteó que la criminalización de los usuarios fue una de las respuestas que implementó el Estado a través de la penalización de la tenencia y el consumo de sustancias. A través del tiempo hubo idas y vueltas pero el eje siempre giró en torno a la penalización. Fue recién en el año 2007 cuando comenzaron a surgir una serie de medidas en la búsqueda de transformaciones para redefinir las políticas públicas en línea con los estándares de derechos humanos, tanto en la esfera penal como en los aspectos socio sanitario. En el año 2010 se creó la Dirección Nacional de Salud Mental en cuyo seno se instrumentaría la mencionada Ley Nacional de Salud Mental (26.657), que como se dijo anteriormente, presenta a los consumos problemáticos como un problema de salud pública. Si bien cronológicamente hablando esto es bastante reciente y como se pudo observar siguen existiendo resistencias, todo apunta a una deconstrucción de esta mirada estigmatizante y a una postura firme en dejar de criminalizar a los usuarios de drogas.

Respecto al **segundo eje: “Intervenciones implementados por los profesionales para el tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas”**, a partir de los datos recabados, pudo observarse que las intervenciones implementadas varían en cada institución según los objetivos que se persiguen, los cuales se basan que como vio anteriormente, en el paradigma desde el cual se parte para la construcción de los modelos de abordaje vigentes en las mismas. Dentro de las instituciones privadas, se halló la modalidad de abordaje que funciona bajo lo que se denomina Comunidad Terapéutica.

Según lo expuesto en el marco teórico (Capítulo 4), el surgimiento y desarrollo de las Comunidades Terapéuticas como abordajes de los trastornos adictivos se encuentran íntimamente relacionados con los movimientos sociales, políticos, económicos y científicos que se propusieron con la decadencia del Paradigma Positivista. Si bien en un primer momento, el modelo de Comunidad Terapéutica es rechazado desde el ámbito profesional de la salud, progresivamente comienza a ser valorado como una

metodología válida y eficaz para ser aplicada en el tratamiento de las drogodependencias. Esto ha permitido que en la actualidad funcionen como una estrategia de trabajo compleja que integra profesionales del área de la salud mental, de la medicina tradicional y de la educación. (Rodríguez 2009).

La particularidad de este tipo de instituciones, es que abarca dentro de las estrategias de intervención, la internación. Este es un punto que abre al debate ya que según la Ley de Salud Mental y adicciones 26.657, las internaciones deben darse dentro de hospitales generales, y la misma no puede extenderse más allá de lo necesario

Por lo cual, si bien esto está planteado en la ley, los diferentes profesionales coincidieron en que es difícil plasmarlo en la realidad. La entrevistada número 7, perteneciente a una institución de la esfera pública refirió al respecto: *“Nosotros por ahí cuando consideramos que el paciente se beneficiaría de una internación (...) si pensamos que el usuario se beneficiaría de eso, a veces hacemos enlaces con lo que se suele llamar una granja o una Comunidad Terapéutica o con instituciones que tienen Centros de Día para abordar específicamente estas cuestiones (...)”* (Anexo 2).

Otra de las entrevistadas, (número 5), también perteneciente a otra institución pública declaró: *“(...) se viene discutiendo en nuestra ciudad, en nuestra provincia, hace mucho tiempo, como pensar un abordaje que se enmarque en la Ley de Salud Mental, en la 26.657, que justamente se lleve adelante una práctica asistencial en el marco de lo que dice la ley, (...) que justamente tiene que ver con un abordaje que priorice lo ambulatorio, que esté lo más cerca del centro de vida de la persona, que se respeten los derechos de las personas, que la internación sea el último ratio.”* (Anexo 2). Según estos testimonios, pudo observarse que si bien se intenta realizar un tratamiento que priorice lo ambulatorio según lo estipulado en la ley, en algunos casos, las instituciones públicas se ven en la necesidad de recurrir a este tipo de instituciones privadas, para poder brindar el tratamiento adecuado para cada paciente, ya que desde las propias instituciones muchas veces no se cuentan con los recursos necesarios.

De todas maneras no debe confundirse el tratamiento específico que se realiza en Comunidades Terapéuticas, con un sinónimo de internación, ya que si bien en las mismas existe esta modalidad de abordaje, no es lo que las caracteriza y muchas de ellas funcionan también como Centro de Día y realizan tratamientos ambulatorios. Tal como lo explicó el entrevistado número 1, presidente de una Comunidad Terapéutica: *“Los Centros de Día también pueden ser Comunidades Terapéuticas, es decir que el modelo*

de Comunidad Terapéutica puede tener modalidad ambulatoria (Centro de día) o modalidad residencial (internación).” (Anexo 2). De todas maneras respecto a este punto aclaró: *“(…) la prioridad siempre es el programa ambulatorio y si no hacemos un programa residencial breve, de un mes o dos, (...), pero siempre la instancia residencial de internación, debe ser corta, debe ser lo más corta posible.”* (Anexo 2). Por lo cual si bien pudo observarse que en algunas Comunidades Terapéuticas, se contempla la internación como parte posible de un tratamiento, en el caso de esta institución se contempla que la misma sea realizada en los casos en que es realmente necesaria, buscando que la misma sea lo más acotada posible, y priorizando siempre el tratamiento ambulatorio, tal como lo estipula la Ley de Salud Mental y Adicciones.

A su vez, dentro de lo que se denominan Comunidades Terapéuticas, pudieron encontrarse diversas formas de abordaje e intervenciones, según los objetivos propios de cada institución en particular. El entrevistado número 1, describió el tratamiento que se realiza en la institución de la siguiente manera: *“Es una dinámica convivencial muy muy activa, basada en las actividades grupales, con dispositivos diversos, talleres múltiples, actividades diversas, con un equipo interdisciplinario que se ha logrado consolidar durante muchos años, y obviamente el modelo consiste en que el paciente circule de una primera etapa de contención, admisión, proceso terapéutico, con terapias individuales, con terapias grupales, con terapias familiares...”* (Anexo). Agregando: *“(…) es una Comunidad Terapéutica muy dinámica (...) se van al gimnasio, se van a natación, se hacen distintos tipos de salidas y actividades, talleres diversos. La institución es un lugar de contención, de alojamiento, (...), donde permanentemente se hacen pasantías con distintos profesionales, distintas actividades, los talleres de arte, de teatro, de musicoterapia, de expresión corporal, de sensopercepción, de radio (...).”* (Anexo 2).

Por otro lado, el presidente de otra de las Comunidades Terapéuticas (entrevistado número 2), que funciona como una fundación con orientación religiosa, enfatizó la importancia de la parte espiritual como parte fundamental del tratamiento: *“Nosotros creemos que la parte espiritual es fundamental, porque estamos convencidos que con la parte espiritual mas todo el tratamiento se sale y nos da resultado”* (Anexo 2). En esta institución a diferencia de la Comunidad Terapéutica que se mencionó anteriormente, además del aspecto religioso, las internaciones son más prolongadas y parecen no regirse en lo estipulado por la ley respecto a este punto. Tal como lo describo el citado entrevistado: *“(…) después el que nosotros sabemos que está más o menos, busca*

trabajo o se le consigue trabajo y trabaja y vuelve acá a dormir, hasta que se le dé el alta. Y eso te estoy hablando de una persona que tiene ya 5-6 meses en delante “. (Anexo 2).

Al describir las actividades que allí se realizan cotidianamente, el citado entrevistado narró: *“El día a día acá es se levantan a la mañana, desayunan, tienen lo que nosotros llamamos un devocional, donde leemos algo (...) después tienen una ronda de reflexión (...) Después del devocional, después de hablar entre ellos... se divide por grupos, tenes un grupo de cocina, un grupo de los que limpian, actividades diarias que hacen todo ellos, (...), dos o tres días por semana tienen deporte. Y después tienen las actividades que tiene cada uno, muchos estudian música, otros tienen talleres, la escuela a todos, donde la dejaron, nosotros le conseguimos lugar para que vayan. Después tienen talleres de oficio, el que se quiere enganchar. (...)”.* (Anexo 2).

De este modo, si bien la modalidad de abordaje se basa en el formato de Comunidad Terapéutica y las actividades que allí se realizan están focalizadas principalmente en actividades grupales, teniendo como trasfondo el ideal abstencionista, se destacó la parte espiritual como una diferencia entre algunas de ellas. En este punto, la entrevistada número 6, perteneciente a la esfera de atención pública observó: *“son instituciones a veces ligadas a la religión, a veces no...imagínate que esté ligado a la religión...ojo, nosotros le agradecemos...antes que nada... hacen algo, pero bueno ya ahí ligado a la mano de la religión, imagínate que implica todo una cuestión de castigo, punitivo, abstencionista...”* (Anexo 2). También en esta narrativa se halló una vez más el testimonio de profesionales que se ven en la necesidad de recurrir a dichos espacios, como única opción posible de intervención en ciertas instancias del tratamiento, que no puede ser brindado desde la propia institución, si bien las líneas teóricas desde las que parten tengan fundamentos y concepciones divergentes.

Por otro lado se encuentran los abordajes ambulatorios o no residenciales, los cuales son los que promueve la Ley de Salud Mental y Adicciones 26.657. Estos espacios suelen funcionar bajo la modalidad de Centros de Día o Comunidades Terapéuticas, si bien algunos pertenecen a la esfera pública y otros a la esfera privada. También aquí pudieron hallarse diferentes propuestas de intervención, según los objetivos específicos de cada institución y los fundamentos teóricos desde los que se parte para configurar el tratamiento específico que allí se ofrece.

Dentro de las instituciones de índole pública, la entrevistada número 5 describió las intervenciones concretas que allí se realizan de la siguiente manera: *“Tenemos un dispositivo de primeras escuchas que hace las primeras recepciones de la persona, entrevistas pre eliminales que ayudan a conocer un poco a la persona y a la situación y empezar a pensar desde allí que propuesta terapéutica, ya sea en nuestra institución, en un espacio singular, un espacio grupal, en espacio productivo o no, etc, o pensar en otra institución si fuera lo que mejor se adapte”* (Anexo 2). Y agregó: *“(…) depende si ese paciente es propenso para participar de algunos otros espacios como ser el Centro de Día, que en este momento tenemos carpintería, huerta, punto digital y panificación”*. (Anexo 2).

Otra de las instituciones pertenecientes a la esfera privada que también funciona como Centro de día y que realiza tratamiento ambulatorio, parte como base para su tratamiento desde una disciplina particular. El entrevistado número 3, director de un Centro de Día de la esfera privada explicó al respecto: *“La particularidad que tiene la institución es que en el marco de un tratamiento, lo que se propone es la formación y la inserción laboral, como algo que pueda estar como una de las patas, de las perspectivas, en el marco del tratamiento”* (Anexo 2). Según lo expuesto por Rojo Mota (2016), en el marco teórico (Capítulo 4), el enfoque del adicto como persona que tiene dificultades en su relación con el entorno y que puede recuperarse y asumir roles adecuados, saludables y gratificantes, sitúa a la Terapia Ocupacional en primera línea de intervención.

Dejando de lado las diferencias y en búsqueda de similitudes, un punto en común que puedo observarse en las instituciones pertenecientes a la esfera pública, es que los profesionales se basan para proponer el tratamiento adecuado, en una mirada de cada caso y situación en particular. La entrevistada número 5 expresó al respecto: *“El abordaje específico es de todos los pacientes, con cada paciente se trabaja de manera específica, porque no todos los pacientes con adicción o que consumen tienen las mismas características, eso va de acuerdo a la situación singular. Se trata a cada caso en particular”*. (Anexo 2) Y agregó: *“(…) nosotros trabajamos en escenarios y con realidades que atraviesan a una ciudadanía muy vulnerada (...) entonces bueno, todo eso hace a las lecturas necesarias para poder comprender mejor de qué forma pensar los abordajes, porque no hay una sola forma de pensarlo, tiene que ver justamente con pensar que cada persona es diferente y que no a todos nos pasa lo mismo, a pesar de que todos tengamos problema de consumo de sustancias.”* (Anexo 2).

Adhiriendo a esta postura, el entrevistado número 4, perteneciente a una institución pública describió: *“El abordaje específico es de todos los pacientes, con cada paciente se trabaja de manera específica, porque no todos los pacientes con adicción o que consumen tienen las mismas características, eso va de acuerdo a la situación singular. Se trata a cada caso en particular”*. (Anexo 2). Sintetizando esta postura, otra de las entrevistadas (número 6), perteneciente a la red de salud municipal expresó: *“Te diría que se resume en qué se puede hacer para esa persona, en ese momento en particular”* (Anexo2).

Eje 3: “Valoración del trabajo interdisciplinario”

Si hay un punto en el análisis en el que se encuentre una total convergencia, según lo expresado por los profesionales, es que en todas las instituciones, sean éstas pertenecientes a la esfera pública o privada se tiene en cuenta el abordaje con un enfoque de trabajo interdisciplinario. Este tipo de abordaje, resulta fundamental, sobre todo en lo que atañe a esta área, ya que debido a ser una problemática compleja, requiere de un abordaje igualmente complejo, con el trabajo en conjunto de los distintos profesionales que componen el equipo de trabajo, si bien el mismo, como pudo observarse se presenta con algunas variantes en cuanto a los profesionales que lo componen, pero en general se encuentra integrado por psicólogos, médicos y en algunos casos trabajadores sociales y otros profesionales pertinentes, según el trabajo específico que se desarrolle en cada institución.

Este punto se halla en concordancia con lo que plantea la Ley de Salud Mental y Adicciones 26.657, en el capítulo V (Modalidad de abordaje), en su artículo 8 donde explicita que: *“Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.”*

Por ejemplo, al describir el equipo que participa en las intervenciones implementadas, la entrevistada número 5, perteneciente a una institución pública describió: *“Son equipos interdisciplinarios, psicólogos, comunicadores, hay antropólogos, hay docentes, o sea distintos perfiles, la mayoría psicólogos, pero yo soy médica”* (Anexo 2). Otro de los entrevistados (número 4), perteneciente a un hospital

público expresó: *“El equipo de Salud Mental está formado por cuatro psicólogos, y una psiquiatra (...)”*. (Anexo 2).

Lo mismo se ve reflejado en las instituciones pertenecientes a la esfera privada, que conforman sus equipos de trabajo con profesionales especializados en diferentes áreas. Uno de los entrevistados (número 3), perteneciente a una institución privada, que funciona como Centro de Día describió: *“Cada dispositivo (...), está integrado por distintos profesionales del campo de la salud, hay psicología, hay psiquiatría, hay medicina clínica, hay trabajo social, hay fonoaudiología, hay nutrición, hay musicoterapia.”* (Anexo 2).

Desde la práctica implementada en una Comunidad Terapéutica, el entrevistado número 2 expresó: *“Más o menos en todas las casas trabajan 55 operadores, psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales, médicos...yo soy el director”*. (Anexo 2). Si bien aquí no se habla específicamente de un equipo interdisciplinario, los profesionales que trabajan en la institución pertenecen a distintas disciplinas para dar respuesta y abordar una misma problemática.

Por su parte el presidente de otra de las Comunidades Terapéuticas (entrevistado número 1) describió al respecto: *“El paciente con problemáticas adictivas es muy vulnerable, respecto al riesgo de recaída. Son pacientes que tienen un yo totalmente deshilachado, desvitalizado, deficitario, por lo tanto es necesario entender esto, para comprender que estos pacientes requieren de un acompañamiento a modo de prótesis de yo auxiliar, de prótesis psicosocial, por eso es tan importante trabajar en equipo y mucho más importante que sea un equipo interdisciplinar, con un alto grado ético, con un alto nivel de ética profesional, porque precisamente son pacientes que están en una situación de enorme vulnerabilidad.”* (Anexo 2).

En base a lo expuesto, quedó en claro que en ninguna de las instituciones hay un profesional perteneciente a una única disciplina, que aborde esta problemática de manera unilateral, sin tener en cuenta la mirada de otros profesionales pertenecientes a las diversas disciplinas, los cuales sin perder su especificidad, trabajan de manera conjunta, para dar respuesta a esta problemática tan compleja, que requiere igualmente de un abordaje complejo.

Tal como describió Curbelo (2020), en el marco teórico, la complejidad de los procesos que atraviesan las personas con usos problemáticos de sustancias psicoactivas

requiere de una comprensión enfocada en estrategias interinstitucionales e interdisciplinarias, que permitan pensar de forma simultánea las características singulares de las personas en su contexto. Es en este sentido que la modalidad de trabajo interdisciplinario resulta de gran relevancia al momento de pensar la intervención.

Eje 4: “Valoración del trabajo intersectorial”

En lo que respecta a este punto, se destacó que esta problemática no puede ser abordada de manera aislada, siendo necesario un trabajo en red que integre a las diversas instituciones. Según lo expuesto en el marco teórico (Capítulo 5), por Barrenengoa (2016), la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones n° 26.657, postula el abordaje interdisciplinario y el trabajo intersectorial para el tratamiento del consumo problemático de sustancias. Acorde a ello en los datos recabados pudo observarse que de una manera u otra hay un vínculo entre las instituciones pertenecientes al ámbito público y privado, para poder llevar a cabo el tratamiento adecuado en cada caso.

Desde el ámbito público, al indagar sobre el vínculo que se mantiene con otras instituciones, para llevar a cabo los abordajes necesarios, el entrevistado número 4, perteneciente a un hospital de primer nivel refirió: *“Siempre se contacta con algún centro de salud o algunas instituciones. Ahora se trabaja con una institución que se llama (nombra a una institución de índole privada) o lo que se llama (nombra a una fundación). Son fundaciones que tienen convenio con el Estado, pero que no pertenecen al Estado.”* (Anexo 2). En el mismo sentido, otra de las entrevistadas (número 6), perteneciente a la red de salud municipal expuso: *“Uno se contacta con otras instituciones, con las que terminas completando esa red”* (Anexo 2).

A sí mismo, la entrevistado número 5, perteneciente a otra institución de índole pública describió: *“ (...) vienen derivados de la Red de instituciones públicas Estatales y no Estatales, o sea de un Centro de Salud, de un Hospital, de una organización, de un centro cultural, de cualquier actor institucional (...) la persona que tiene problema se acerca y puede iniciar su acceso a la red de Atención a partir de un contacto con nosotros, si es alguien que nunca se atendió en la Red Estatal y lo requiere y no tenía vínculos institucionales y se inician a partir de aquí, o sea, funcionamos como puerta de entrada, como un primer nivel y también como una especie de segundo nivel, cuando nos derivan digamos”.* (Anexo 2). Y agregó: *“Y desde aquí cuando hay que pensar en otras instituciones, en otros actores institucionales, porque la propuesta aquí no es la*

correcta para esa persona, se articula con otras instituciones y se deriva desde aquí”. (Anexo 2).

Por lo cual se denota aquí una constante interrelación entre las instituciones de índole pública y privadas, que trabajan en conjunto para dar respuesta a las diversas demandas atencionales, si bien, como se expuso anteriormente en el análisis del eje número uno, en muchos casos los efectores institucionales implicados parten de paradigmas que se presentan como contrapuestos.

Otro punto que se destacó en varias de las entrevistas, es la mención de A.P.R.E.C.O.D (Agencia de Prevención del Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones), que funciona como ente regulador y lazo entre las diversas instituciones, realizando un seguimiento de los pacientes y de su tránsito por las mismas, de manera que cuando un paciente ingresa a una de las instituciones, se cuenta con un registro del recorrido del mismo. Así lo explicó el entrevistado número 2, presidente de una comunidad terapéutica: *“Nosotros tenemos legajos del primer chico que entró hasta hoy y todos los meses le mandamos un informe a A.P.R.E.C.O.D (...) Eso está bueno porque por ahí te aparece un pibe que no conoces y te dicen los tratamientos que ya hizo o si no viene de hacer nada. En eso trabajamos con A.P.R.E.C.O.D, le llenamos la planilla...está bueno para que se siga al chico o a la chica o a la persona que está entrando (...) o sea vos pedís un legajo a A.P.R.E.C.O.D y te dicen mira, ya hizo tratamiento en acá se fue, hizo tratamiento en allá, se fue...cada institución le manda un informe y ellos tienen un legajo del chico.”* (Anexo 2)

En este punto, cabe señalar que según lo expuesto en el marco teórico (Capítulo 5), A.P.R.E.C.O.D fue creada en el año 2016, a través del Decreto 304/19 y su objetivo es la implementación de políticas públicas en materia de consumos problemáticos y adicciones, mediante la articulación de acciones y coordinación técnica-operativa con las diferentes jurisdicciones y los diversos actores sociales, atendiendo de manera prioritaria a aquellos sujetos que configuran grupos de mayor vulnerabilidad.

Tal como describió la entrevistada número 7 perteneciente a una institución de la esfera pública : *“A.P.R.E.C.O.D lo que gestiona son becas para que el usuario no tenga que pagar nada, o sea que también hay un convenio Estatal”* (Anexo 2) Y agregó: *“A.P.R.E.C.O.D nos indica con qué institución se podría conseguir una beca o se podría conseguir un lugar disponible y terminamos de hacer la articulación para que el paciente después de(nombra la institución en la que trabaja) se valla para allá, a*

veces (nombra la institución) lleva acabo todo el tratamiento y en otras oportunidades no, depende mucho de cada situación y de sus particularidades. No hay ahí una cuestión que sea burocrático, sino que es más bien clínica y haciendo un diagnóstico que sea de la subjetividad del paciente pero también diagnóstico situacional digamos, cual es la situación subjetiva, familiar, barrial, institucional, en la que se encuentra”. (Anexo 2).

La citada entrevistada, al preguntarle por los vínculos que tienen con otras instituciones describió: *“(...) a veces nos comunicamos con A.P.R.E.C.O.D y a partir de ahí transmitimos el perfil de la situación, la singularidad del usuario y en base a eso lo que nosotros evaluamos que necesitaría, si sería mejor algo con internación, con alojamiento 24 horas digamos, si sería mejor algo que sea solo Centro de Día, si sería importante que haya alguna actividad productiva o no, si es importante que sea religioso el lugar, porque para el usuario eso es fundamental o al revés, que no lo sea. Bueno, tratamos de hacer una evaluación que también oriente en lo que consideramos que necesitaría o que le resultaría más útil al paciente (...)”* (Anexo 2). Por lo cual, por parte de la provincia, se halló una articulación por medio de esta agencia, que actúa regulando el lazo entre las diversas instituciones, además de realizar un seguimiento de los pacientes y conseguir becas en instituciones privadas, para que allí continúen su tratamiento los pacientes derivados de la red pública, dando respuesta de esta manera al problema que se presenta por parte del Estado, de no contar con los dispositivos suficientes, para la demanda atencional que esta problemática requiere.

Eje número 5: “Campo específico del psicólogo y abordaje psicoterapéutico”

El psicólogo ocupa, como se vio anteriormente, un lugar dentro del equipo interdisciplinario de las distintas instituciones que abordan esta problemática. Si bien el campo de acción del mismo y su labor psicoterapéutica, queda delimitado según los objetivos particulares de cada institución y las modalidades de abordaje que de ello se derivan.

Respecto a lo analizado en este eje, también pudo observarse, que el abordaje psicoterapéutico de una forma u otra se encuentra contemplado dentro del tratamiento que ofrecen las diversas instituciones que trabajan en el área, si bien el mismo se presentó bajo diferentes modalidades, sea de manera individual o grupal, como estrategia principal o complementaria.

Dentro de las instituciones pertenecientes al ámbito público, pudo observarse que el psicólogo, en todas las instituciones forma parte del equipo interdisciplinario, trabajando en conjunto con otros profesionales, donde su campo de acción se verá recortado de acuerdo a las decisiones tomadas por una acción coordinada de dicho equipo. Detallando esta modalidad de abordaje el entrevistado número 4, psicólogo, perteneciente a una institución pública narró: *Se trabaja conjuntamente...depende...depende como esté el paciente, si hay que medicarlo va primero a psiquiatra, si no vamos en forma conjunta, no el psicólogo solo, depende como se presente la situación.*” (Anexo 2).

Por su parte la entrevistada número 6, perteneciente a la red de salud municipal explicó: *“(...) en una crisis subjetiva o una situación que involucró por otro lado el consumo, (...) a lo mejor los primeros abordajes los hizo el equipo del (nombra un hospital público) y después ese paciente quiere seguir con el equipo del (nombra a la misma institución) (...). Entonces si quieren seguir con el (nombra el hospital donde trabaja), se le hace lugar (...) puede seguirse tratando en el Hospital, situación que cuando se da, tratamos de que al paciente por ejemplo, le coincidan los turnos, vienen con migo a toxicología, vienen con la psicóloga y tal vez tiene alguno de control pendiente con cardiología...bueno tratamos de hacerle coincidir los controles para que no ande deambulando mucho por aquí por allá”* (Anexo 2).

Siguiendo con algunos ejemplos, la entrevistada número 5, perteneciente a una instituciones de la esfera pública, que funciona como Centro de Día, describió: *“El rol específico del psicólogo estaría si en el espacio terapéutico individual del paciente. Depende del caso, generalmente se le da un espacio una vez por semana...también depende si ese paciente es propenso para participar de algunos otros espacios (...)”* (Anexo 2). Y otro de los entrevistados (número 4), también perteneciente al ámbito público expresó: *“El abordaje es entrevista con los pacientes, algún apoya psicofarmacológico, y en algunos casos que sea necesario un acompañamiento terapéutico”* (Anexo 2). Por lo cómo se mencionó anteriormente, desde las instituciones públicas, si bien se cuenta con profesionales psicólogos, las intervenciones realizadas por el mismo y el abordaje psicoterapéutico, es definido en cada caso, según lo que el equipo interdisciplinario en su conjunto, crea más conveniente realizar.

En el ámbito privado pudo observarse que también se cuentan con profesionales psicólogos, que son parte de un equipo que se conforma como interdisciplinario, donde

cada quien tiene un campo de acción definido y en general se trabaja de manera conjunta, pero el abordaje a realizar está en algunos casos, bajo la autoridad del presidente de la institución. También en estas instituciones se contempla el abordaje psicoterapéutico y pudo observarse que en su mayoría se desarrolla bajo la modalidad grupal, aunque tampoco se deja de lado el tratamiento de manera individual.

Por ejemplo el entrevistado número 1 presidente de una Comunidad Terapéutica narró: *“Yo te diría que el núcleo de lo terapéutico es el espacio grupal y el espacio individual...y el espacio familiar (...).El atravesamiento de las dinámicas grupales y de la interacción es clave en todo esto y el rol del profesional es sumamente enriquecido y altamente complejo, por eso no es que el psicólogo hace la terapia individual o la terapia grupal y el psiquiatra hace la medicación y no es que todos hacemos todo, el equipo se organiza y trabaja cotidianamente evaluando y acompañando y haciendo un proceso de evaluación de cada paciente especialmente y se planifican objetivos, se planifican tareas, se trabaja con la familia y se interactúa (...)”* (Anexo 2).

El entrevistado número 2, presidente de otra Comunidad Terapéutica, describió el trabajo concreto del profesional psicólogo de la siguiente manera: *“Los psicólogos vienen por semana y tienen una charla con cada chico. Por ejemplo ahí tienes el listado de los chicos, y hoy viene una de las psicólogas y ella tiene por ejemplo 7 chicos en uno o dos días (...). Después otro día viene otra de las psicólogas y entre ellas se dividen y atienden a los chicos. Y los ven una vez por semana a cada uno (...).Eso es lo que es la parte terapéutica”.* (Anexo 2).

Otro caso diferente se planteó en otra de las instituciones privadas, que funciona como Centro de Día, donde el presidente de la misma, el entrevistado número 3, describió: *“En realidad, lo que la experiencia nos ha enseñado, uno podría decir que cuando alguien llega al dispositivo institucional y se dirige a cualquiera de los miembros del equipo, se establece un lazo, que desde el psicoanálisis se llama transferencia, que puede tener tintes amorosos, tintes más hostiles, pero la transferencia no sabe de diplomas...y entonces en ese punto no hay el diploma que venga a determinar una función en el dispositivo, sino que es un sujeto... un sujeto que se dirige a alguien.”* (Anexo 2). Según los testimonios expuestos, puede arribarse a la conclusión de que como se dijo anteriormente, según los objetivos y la modalidad de abordaje de cada institución, el profesional ocupará un rol diferente y desarrollará una modalidad de abordaje conforme a ello.

Eje 6: “Capacitación específica en relación a la problemática recibida por los profesionales”

Dentro de la Ley de Salud Mental y adicciones, en su capítulo VI (del equipo interdisciplinario), el artículo 13 explicita que: *“(...) Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.”* Este aspecto, según los testimonios recabados, parece ser un punto descuidado en lo que a la práctica se refiere ya que al indagar en la capacitación recibida por los diversos profesionales que trabajan en el abordaje de esta problemática, se destacó en la mayoría de los casos, tanto en los profesionales pertenecientes a la esfera pública como privada, que su capacitación queda recortada a la formación recibida en su carrera universitaria o en el recorrido individual de capacitaciones realizadas por cada profesional, en general por cuenta propia, sin que desde las propias instituciones donde trabajan o por parte del Estado se proponga una capacitación especializada y mucho menos permanente, como lo expresa la citada ley.

Respecto a esto, el entrevistado número 1, presidente de una Comunidad Terapéutica, describió la necesidad de contar con un personal capacitado en el tema para el tratamiento específico de esta problemática: *“(...) así como el paciente con un infarto cardíaco, necesita cardiólogos formados, el paciente con problemas tóxicos, necesita el toxicólogo, el terapeuta, el psiquiatra, el psicólogo, el trabajador social, un equipo específico, que sepa del tema.”* (Anexo 2).

Al describir este punto, el citado entrevistado (número 1), detalló: *“Yo me empecé a formar en el año (...) 89 y 90, en esos años participé en actividades de la escuela de formación de Naciones Unidas, (...) y trabajamos en el dispositivo del modelo socio terapéutico y después de allí en adelante seguí formándome en distintos ámbitos, ya tenía mi formación como psiquiatra, también como psicoterapeuta familiar, grupal, psicodrama, todas las técnicas no verbales (...) También me formé en los últimos años de los 90 (...) más a fondo con el tema de la neurociencia cognitiva y la neurofarmacología.”* (Anexo 2).

Otro de los entrevistados (número 3), perteneciente a otra institución privada, al preguntarle sobre las capacitaciones recibidas, respondió: *“En general me he servido de la orientación de la enseñanza de Jacques Lacan fundamentalmente y de determinados psicoanalistas que han continuado su enseñanza. Lo que orienta un tratamiento es el*

discurso psicoanalítico.” (Anexo 2). Por lo cual, pudo observarse que aquí, ambos entrevistados dejan de lado el tema de la actualización en capacitaciones específicas y exponen su propio recorrido, con el que cuentan a la hora de abordar la problemática, delatándose así la usencia de propuestas de capacitación específica ofrecida por parte del Estado u otro organismo, que actualicen a los profesionales y que les brinden mayores herramientas de las cuales disponer en su práctica.

Desde las instituciones de la esfera pública, se halló una respuesta similar. Por ejemplo, la entrevistada número 6, perteneciente a la red de salud municipal, narró: *“(...) en realidad yo mi formación la tengo como especialista en toxicología. Si vos me preguntas, la formación como médico es muy escasa y es más como tipo informativa, más de contenidos lo que recibimos en la carrera (...)”*. (Anexo 2). Y al preguntarle si en las instituciones donde trabaja se realizan capacitaciones en la actualidad, explicó: *“No, solo a pedido y los que piden son...fijate que los pedidos salen en general de equipos y salen de las residencias. (...) En mi hospital, todas las capacitaciones...en realidad es esto, es juntarse entre colegas y hablar y decir, a vos qué te parece, qué harías, qué herramientas tenés, qué herramientas habría que agregarle, funciona...bueno, esto se plantea mucho desde las residencias. (...)”* (Anexo 2).

A su vez, la entrevistada número 5, perteneciente al ámbito público describió: *“Si...bueno, cuando llevaba a cabo la tarea vinculada a lo provincial, al ministerio de salud (...), se generaron muchos espacio de producción teórica y de debates sobre el tema, con distintas referencias nacionales e internacionales en la materia, amén de los recorridos individuales desde cada uno de nosotros, que nos hemos formado, leído, estudiado y asistido a distintos espacios más formales o menos formales de formación al respecto (...) Hemos creado y generado con el municipio distintos espacios de debate y después bueno vino la pandemia, pero las instancias de formación, debate, supervisión y demás están vigentes. Después bueno, hay momentos de suspensión de determinadas propuestas en torno a que todos los servicios públicos de salud, están readecuados en el marco de la pandemia”* (Anexo 2). Este último testimonio, si bien menciona que se generaron espacios de debate y discusión e incluso instancias de formación, no explicita de manera concreta que esté vigente algún tipo de capacitación o formación a la que tengan acceso actualmente los profesionales que trabajan y se desarrollan en este área, más allá del contexto pandémico y de las justificaciones que de ello deriven.

En este punto el entrevistado número 1, perteneciente a una institución privada, realizó una crítica contundente: *“Mira el Estado en general, en este tema no brinda casi nada y lo poco que brinda no sirve para nada, así bien crudo y concreto. Mira, si vos hablas con la gente del estado, provincial, municipal o nacional, seguramente te van a decir que hacen cursos, que hacen capacitación, que hacen un montón de cosas...y posiblemente lo hagan, posiblemente hagan algún tipo de actividad llamada de capacitación, pero por algún motivo, evidentemente después de más de 10 años de la Ley de Salud Mental, no hay redes suficientemente operativas, desde el punto de vista del Estado, en el ámbito público (...). Por eso vos cuando (...) te encontras con gente del ámbito público te van a decir que hacen un montón de cosas y que tienen una red acá y una red allá y que pim que pam. Pero en lo fáctico, en lo concreto y en lo cotidiano, eso no existe más que en un discurso y en una intención...en una proclama de intenciones...que no funciona. Es como que lamentablemente la realidad se impone.”* (Anexo 2)

Otra de las profesionales que se desempeña en el ámbito público (entrevistada número 7), refirió al respecto: *“Yo en particular no he recibido capacitación específica para la problemática de consumo. Yo hice la residencia en la R.I.S.A.M (Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental), con base en el hospital (nombra una institución), Ahí hemos tenido algunos encuentros para pensar algunas cosas de eso, pero en el (nombra la institución donde trabaja), específicamente la verdad que no.”* (Anexo 2).

Por lo cual, en base a lo expuesto, este es uno de los puntos en donde las convergencias halladas, tanto desde el sector público como del privado, denotan una carencia en cuanto a la existencia de propuestas de capacitaciones en esta área y mucho menos se cuenta con capacitaciones permanentes, propuestas por parte del Estado u otro organismo como se recomienda en la ley de Salud Mental y Adicciones 26.657.

Eje 7: “Limitaciones y obstáculos halladas a la hora de implementar los abordajes necesarios. Propuestas de los profesionales y visión personal al respecto”

Uno de los obstáculos o limitaciones que más se destacaron en los testimonios de los profesionales entrevistados, se halló en relación a la aplicación de la Ley de Salud Mental y Adicciones 26.657 en la praxis concreta, sobre todo en lo que refiere a un punto en particular, que es el caso de las internaciones, donde en su artículo 14, la misma dictamina: *“La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios*

terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. (...), salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.” Y en su artículo 28 explicita que: “Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. (...)”.

En este punto específico es donde apareció el conflicto, ya que si bien como pudo observarse desde las instituciones públicas se intentan realizar los abordajes conforme a lo estipulado por la ley, hay una limitante que describieron en general los entrevistados de las instituciones públicas, en cuanto a las herramientas con las que realmente se cuenta desde la propia institución, para ofrecer el tratamiento adecuado en cada caso y situación en particular y si bien según lo narrado por los distintos profesionales, se intentan llevar a cabo las internaciones en hospitales generales, son muchos los obstáculos que se presentan a la hora de poder efectivamente realizarlo.

Tal como lo describió la entrevistada número 6, perteneciente a la red de salud municipal: *“En el caso de necesitar internación, en el hospital (nombra un hospital público) por ejemplo se interna en el mismo hospital, lo cual suscita más de una vez problemas con el resto del equipo de trabajo y a veces nos ha pasado de quedar hasta te diría una sala entera inhabilitada por el ingreso de un paciente. (...) sala 5 tiene una cama de internación, esa cama de internación (...) es para el paciente que realmente crea un problema tan serio en otras salas o no se dan las condiciones físicas del lugar, por que pasa que tenés un lugar en sala 2, digo sala 2 porque es un ejemplo de una sala en mi hospital que está en planta alta y bueno en planta alta... se nos pasó alguna vez decir bueno, acá hay una ventana sin protección, no podemos poner acá un chico (...)”.* (Anexo 2).

La misma entrevistada agregó al respecto: *“(...) por eso te digo, no es todo tan tajante y de hecho no lo pudo ser desde el momento de la implementación de la Ley de Salud mental, nunca pudo ser todo tan tajante, porque la realidad es que aunque la ley diga que el paciente se tiene que internar en un hospital general, vos tenés muchas limitantes, desde la misma limitante que te pone tu compañera o tu compañero que te dice acá ese paciente no se puede tener porque no se no están acostumbrados o no acuerdan con el método que en algún momento puede ser un paciente que necesita sujeción física por ejemplo, se pone en cuestionamientos indicaciones de la psiquiatra,*

el psiquiatra, bueno...hasta algunas cuestiones que de verdad no se está preparado desde lo edilicio...entonces ...) lo que se intenta cuando hay que internar, es internar en un lugar que sea un polivalente, un hospital general y muchas veces se termina derivando a estas instancias...a estas instituciones...te buscan un lugar, tenemos (...) en localidades aledañas a la ciudad de Rosario también hay, son instituciones a veces ligadas a la religión, a veces no...imagínate que esté ligado a la religión...ojo, nosotros le agradecemos...antes que nada, hacen algo (...)" (Anexo 2).

Esto último, puso de relieve la necesidad de las instituciones públicas de recurrir a instituciones privadas, las cuales en muchos casos se basan en paradigmas contrapuestos, como se vio en el análisis del primer eje. La articulación con instituciones de la esfera privada, pertenecientes al paradigma abstencionista, implica a la vista del paradigma de reducción de riesgos y daños, al que adhieren las instituciones de la esfera pública, una reducción de la salud en su concepción integral. Por lo cual, en este punto según los profesionales que se desempeñan en dicho ámbito, serían importantes dispositivos de internación que trabajen desde el paradigma de reducción de riesgos y daños, ya que los dispositivos con los que se cuenta actualmente desde de la esfera pública, parecen ser escasos, cuando no ausentes.

Tal como expresó el entrevistado número 4 perteneciente a una institución pública: *"La pauta es regirse por la Ley de Salud Mental, (...) con lo que contamos a nivel de la municipalidad se llama (nombra una institución pública), es como un centro de día...faltan lo que si, como en todo esto más dispositivos"*. (Anexo 2). A lo que agregó: *"(...) hay que crear nuevas instituciones y que las instituciones cuenten con más recursos. Más recursos humanos y de instituciones y de dispositivos ¿no?"* (Anexo 2).

En este aspecto, todos los entrevistados perteneciente a al ámbito público, coincidieron en que para dar respuesta a la demanda atencional, cada vez más creciente en lo que respecta a esta problemática, se requiere contar con más dispositivos y también por otro lado una correcta adecuación de los espacios ya existentes, como expresó la entrevistada número 6 al referirse a los obstáculos que encuentra en su práctica: *" (...) sí, yo creo que hay mucho por revisar, creo que uno de los principales problemas a mejorar, que es en la actualidad un obstáculo, es que los hospitales generales...vos fijate cómo rápidamente si se readecuo para Covid, y salud mental, bueno no es una pandemia, pero eso es endémico y nunca se terminan de readecuar los hospitales generales, para recibir a pacientes con padecimientos predominantemente*

mentales, (...) pero si yo creo que tiene que terminar de ponerse en la práctica, la Ley de Salud Mental tiene muchas cuestiones, una letra muy linda, pero que si vos la dejás en el papel, es la nada misma.”. (Anexo 2).

Lo cual reafirma lo que se viene exponiendo, en cuanto de la posibilidad en la realidad concreta de las instituciones, de poder plasmar en la práctica lo que estipula la mencionada ley, ya que como se vio, en la mayoría de los casos, no se cuentan con los recursos necesarios para poder implementarlo.

Por otro lado, pudo notarse una dificultad, en relación a lo que se viene exponiendo, en cuanto al desarrollo de una red en salud, que funcione de manera adecuada. Tal como expuso el entrevistado número 1, perteneciente a una institución privada: *“(…) evidentemente después de más de 10 años de la Ley de Salud Mental, no hay redes suficientemente operativas, desde el punto de vista del Estado, en el ámbito público. (...) Por algún motivo persisten las O.N.G y particularmente han crecido muchísimo los grupos evangélicos.” (Anexo 2).*

Y a modo de comparación con lo que se realiza en otras regiones del país, el mencionado entrevistado (número 1) agregó: *“(…) la provincia de Córdoba en este momento está haciendo un trabajo, yo te diría que está en nueve puntos (...) Un sistema en red, donde hay una decisión política, donde hay un programa claro, donde hay una red de trabajo, donde hay un criterio, obviamente hay recursos, pero puede haber recursos que estén mal gastados. (...) Acá no solamente eso no existe, si no que lamentablemente quienes están a cargo de estas áreas del ámbito público no tienen idea de lo que significa todo eso, (...) porque justificándose con la ley de Salud Mental, lo que hacen es una cuestión deliberativa, pero altamente ineficiente, altamente abandonica.” (Anexo2).*

También en relación a esto, el citado entrevistado narró otra dificultad que observó desde su conocimiento en la práctica, delatando la falta de supervisión por parte del Estado, de las instituciones pertenecientes a la esfera privada que funcionan como Comunidades Terapéuticas, fundaciones y O.N.G: *“(…) ha habido instituciones que dicen que son Comunidades Terapéuticas pero que en realidad son campos de detención (...) pero que bueno lamentablemente eso pasa porque el Estado no cumple con su función, ni ofrece servicios propios, ni supervisa los servicios de las O.N.G, ni las fundaciones...en realidad no hay supervisión en ningún lugar (...) nadie se ocupa...ese es el problema con este tema. (...) ni siquiera las obras sociales. Vos*

imagínate que una obra social recibe un presupuesto, lo autoriza si es barato o no lo autoriza si es caro, con qué criterio, vaya a saber con qué criterio, entonces mandan a la gente a los lugares baratos, pero después no se ocupan de ir a ver que le dan de comer, que terapia hacen, qué tipo de actividad hacen (...) Nunca en la vida vino nadie a hacer eso. Entonces ese es el punto de abandono al que yo me refiero. ” (Anexo 2).

Este planteo, coincidió también con lo expresado por otro de los entrevistados (número 2), director de una Comunidad Terapéutica, quien reclamó: “(...) Desde el estado no recibimos prácticamente nada...es más pedimos por favor que vengan a ver qué estamos haciendo, y acá nunca vino nadie, podríamos estar haciendo cualquier cosa...no hay una supervisión, una regulación”. (Anexo 2). Por lo cual, desde las instituciones pertenecientes al ámbito privado, pudo observarse que se presentó un reclamo por parte de los profesionales que trabajan en las mismas, en cuanto a la función del Estado de supervisar y controlar de manera adecuada a las instituciones en las que ellos mismos trabajan, denotando así una ausencia de regulación, que deja a estos lugares a la deriva y al criterio de los responsables de las mismas.

Conclusiones.

La presente investigación tuvo como objetivo general analizar las similitudes y diferencias en los modelos de abordaje implementados actualmente por los profesionales que trabajan en el tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas, en instituciones de Salud Pública y Privadas de la ciudad de Rosario. Dentro de los objetivos específicos, en el primero de ellos se propuso describir dichas similitudes y diferencias, para luego analizar las mismas, tomando como marco de referencia la Ley Nacional de Salud mental y Adicciones N° 26.657. Finalmente como último objetivo específico, se intentó identificar la existencia de unanimidad de criterios en los puntos analizados.

En primer lugar se puede concluir que se lograron cumplir con los objetivos propuestos en la presente investigación, ya que se pudieron describir y analizar las principales similitudes y diferencias expuestas por los profesionales entrevistados, pertenecientes a las diversas instituciones del ámbito público y privado de la ciudad de Rosario. Si bien cabe mencionar que las diferencias halladas fueron más notorias, también pudieron hallarse similitudes entre las mismas. A continuación se exponen las principales convergencias y divergencias que saltaron a la vista.

Una de las primeras diferencias halladas, que se destacó en el primer eje de análisis, es en relación al paradigma desde el que se parte, para el desarrollo de las modalidades de abordaje vigentes en las distintas instituciones. Desde los profesionales que desempeñan su labor en instituciones pertenecientes al ámbito público, pudo observarse que se promulga el paradigma de reducción de riesgo y daños, mientras que en las instituciones pertenecientes a la esfera privada predomina la adherencia al paradigma denominado abstencionista o prohibicionista. Según lo planteado por Barrenengoa (2016), en el marco teórico, la reducción de daños constituye una estrategia que aspira a minimizar las secuelas del consumo de drogas sin exigir la abstinencia, lo cual según el autor, ha permitido superar la posición moralista sobre el consumo y ha planteado la necesidad de una política basada en los derechos, desde una perspectiva que inicia el tránsito de una posición de juicio y estigmatización hacia una de inclusión.

Acorde a ello, según lo expuesto en los antecedentes por Ramírez (2021), en la Argentina existe una coexistencia de legislaciones basadas en paradigmas contrapuestos

que lleva a debatir sobre la prohibición o la despenalización del consumo de drogas, dejando relegado el debate sobre los abordajes y esquemas de tratamiento para quienes presentan consumos problemáticos de sustancias. Según el autor, en nuestro país en los últimos diez años, se produjeron cambios en las formas de pensar e implementar los abordajes orientados a los consumos problemáticos de drogas que incluyen los derechos humanos de los consumidores, en línea con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

En este aspecto, un punto en común que pudo destacarse en el análisis, más allá de las disidencias mencionadas, es que tanto los profesionales pertenecientes al ámbito público como al privado, coincidieron en legitimar al sujeto con problemas de consumo, como sujeto de derecho, según lo estipulado por la mencionada ley, con los mismos derechos y garantías que cualquier sujeto a ser atendido en el sistema de salud.

Volviendo al tema de las disidencias que se presentaron en torno a la cuestión del paradigma, apareció una dificultad, ya que en muchos casos los efectores institucionales implicados en el abordaje de esta problemática parten, como se vio anteriormente, en base a paradigmas contrapuestos.

En este aspecto los profesionales entrevistados perteneciente al ámbito público, coincidieron en que para brindar el tratamiento adecuado en cada caso, enmarcándose conforme lo estipulado por la ley de Salud Mental y Adicciones 26.657, se requiere contar con más dispositivos desde el sector público y también por otro lado con una correcta adecuación de los espacios ya existentes, de lo contrario este panorama puede presentar un obstáculo a la hora de poder realizar un tratamiento coherente para el paciente que transita por los distintos espacios institucionales y que a lo largo de su tratamiento puede ser abordado desde modalidades que se rigen bajo el paradigma de reducción de riesgos y daños, para pasar luego a una institución basada en el ideal abstencionista o viceversa. Tal como lo expresa Ceriani (2018), en los antecedentes, las estrategias implementadas responden a concepciones diferentes del fenómeno adictivo y no poseen un marco coherente de funcionamiento a lo que cierto sentido común indica. Pese a ello, pudo observarse que los profesionales pertenecientes a las diversas instituciones, en la práctica cotidiana, dejan de lado posturas antagónicas, trabajando de manera conjunta, en pos de poder ofrecer el tratamiento adecuado para cada caso y situación en particular, teniendo en cuenta las herramientas y los recursos materiales con que los que se cuentan hoy en día en la región, para abordar esta problemática.

Esto nos lleva a destacar la necesaria interrelación entre las instituciones de índole pública y privadas y el vínculo que existe entre las mismas, para poder dar respuesta a las diversas demandas atencionales. En este aspecto pudo observarse la necesidad de contar con un marco regulador por parte del Estado y de un organismo que coordine y articule de manera coherente, el trabajo que se realiza en las diferentes instituciones. Por parte de la provincia, se halló una articulación por medio de A.P.R.E.C.O.D. (La Agencia de Prevención del Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones). El objetivo de la misma, según lo expuesto en el marco teórico, es la implementación de las políticas públicas en materia de consumos problemáticos y adicciones, mediante la articulación de acciones y coordinación técnica-operativa con las diferentes jurisdicciones y los diversos actores sociales, atendiendo de manera prioritaria a aquellos sujetos que configuran grupos de mayor vulnerabilidad. Para ello se requiere del diseño, coordinación y evaluación de las políticas que, en materia de consumos problemáticos y adicciones, se desarrollen desde las gestiones públicas y privadas en el ámbito de la provincia de Santa Fe, con el objetivo de favorecer una reducción significativa del impacto sanitario y social de las adicciones en su conjunto, priorizando la promoción, prevención e inclusión social de los sujetos en situación de vulnerabilidad.

Esta agencia fue referida por varios de los profesionales pertenecientes al ámbito público y privado, describiendo en concordancia con lo expuesto, que la misma facilita la interrelación entre las diversas instituciones, proveyendo un marco regulador en la necesaria vinculación que se da entre las mismas. Además de esto, la agencia facilita el seguimiento de los pacientes en su recorrido por las diversas instituciones, brindando un marco de mayor coherencia al tratamiento propuesto. A su vez, la misma se ocupa de conseguir becas en instituciones privadas, a los pacientes derivados de la red pública, para que puedan allí dar continuidad a su tratamiento, priorizando como se mencionó anteriormente a aquellos sujetos que configuran grupos de mayor vulnerabilidad, dando respuesta con esto, a una demanda atencional que no puede ser cubierta desde el sector público en su totalidad, por no contar con los dispositivos suficientes y/o adecuados para ello. Sin embargo desde el ámbito municipal, aparece un vacío por parte del Estado en este punto, lo cual parece ser cubierto por esta agencia que se desarrolla a nivel provincial.

Otro aspecto que entra en relación con lo expuesto, se deriva de las modalidades de abordaje y estrategias que se implementan de manera concreta en las diversas

instituciones, donde las intervenciones específicas implementadas por los profesionales varían según los objetivos propuestos en cada una de ellas. En las instituciones pertenecientes a la esfera privada, pudo encontrarse la modalidad de abordaje que funciona bajo lo que se denomina Comunidad Terapéutica, la cual contempla dentro de las estrategias de intervención posibles, la internación como uno de los tratamientos que se desarrollan en las mismas. Este es un aspecto que particularmente abre al debate, ya que según lo planteado en la Ley de Salud Mental y adicciones 26.657, las internaciones deben darse dentro de hospitales generales, y la misma no puede extenderse más allá de lo necesario. Si bien esto está planteado en la ley, muchos de los profesionales entrevistados pertenecientes a instituciones del ámbito público, coincidieron en que es difícil plasmarlo en la realidad, ya que si bien se prioriza el tratamiento ambulatorio, en algunos casos la internación se presenta como necesaria.

En estos casos se planteó como un obstáculo, el poder realizar efectivamente esta internación en los hospitales generales, por no contarse con la adecuación necesaria en los espacios ya existentes y/o por no disponerse de los dispositivos suficientes desde el sector público, por lo cual las instituciones públicas se ven en la necesidad de recurrir a este tipo de instituciones, como las denominadas Comunidades terapéuticas, en donde como pudo observarse, además de registrarse en base a un ideal abstencionista, en muchos casos no se contempla lo estipulado en la mencionada ley y si bien en algunas de ellas se presentan tratamientos ambulatorios y se tiene en cuenta que las internaciones que allí se realizan sean lo más breves posibles, en otras instituciones que funcionan bajo esta modalidad, pudo observarse que las internaciones se extienden más allá de lo conveniente. Este punto expuso por otro lado, una falta de regulación y una ausencia por parte del estado en lo que al funcionamiento y control de estas instituciones concierne, si lo que se quiere es actuar conforme a lo estipulado por la mencionada ley.

Así mismo, en los antecedentes, un estudio realizado por Cerani (2018), planteó que la atención de adictos en hospitales locales es un fenómeno relativamente reciente y que son pocos los hospitales que poseen un mecanismo concreto de atención de adictos. Por lo cual el sistema de salud aún no funciona con la lógica propuesta por la ley de Salud Mental y aunque se avanzó en la articulación con los gobiernos locales, falta perfeccionar el trabajo de manera integral sobre los problemas de adicciones y poder consolidar el trabajo interdisciplinario. Por lo tanto, para fortalecer la asistencia se requiere de más dispositivos, más profesionales y más participación comunitaria. El autor expuso que estos mecanismos (hospitales públicos, comunidades terapéuticas y

otras instituciones), presentan estrategias de atención completamente diferentes. No solamente en lo que respecta a la complejidad de los casos. Las comunidades terapéuticas y los hospitales trabajan bajo diferentes supuestos cognitivos y concepciones sociales de la adicción, sin que haya una unificación de criterios aparente entre ellos y/o por parte del Estado. De este modo, un adicto que, por ejemplo, pasa tres meses internado en una comunidad terapéutica, el que posteriormente requiere una atención ambulatoria, se ve sometido a dos tipos de tratamientos que, muchas veces, son contradictorios entre sí o, en el mejor de los casos, no se interfieren directamente.

Lo relatado hasta aquí, responde al último objetivo planteado, en cuanto a la existencia de criterios unificados en torno a las modalidades de abordaje implementadas en las instituciones pertenecientes al ámbito público y privado, ya que como pudo observarse, hay una falta de propuestas unificadoras y de criterios claros en torno a esta problemática.

Desde el Estado nacional, se provee como marco de referencia la Ley de Salud Mental y Adicciones 26.657, si bien en muchos casos como se vio en el análisis, se ve dificultada su implementación concreta, o en otros casos incluso no hay un conocimiento profundo de la misma, sobre todo en algunas instituciones pertenecientes a la esfera privada. Desde el ámbito provincial, según lo expuesto en el marco teórico, (Domínguez, 2014), se sancionó en el año 2014, la Ley 26.934, Plan Integral Para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP), dicha ley adopta en el marco de un nuevo paradigma, la mirada sobre los consumidores de drogas como sujetos de derechos y propone entre otras cosas adoptar el modelo de reducción de daños. Sin embargo desde el ámbito municipal, se observó un vacío en cuanto a un marco que provea lineamientos claros, en lo que atañe a ésta problemática. Así mismo se halló un reclamo por parte de las instituciones pertenecientes a la esfera privada, de un ente regulador, alguien por parte del Estado que supervise realmente lo que se realiza en dichas instituciones.

En este aspecto, en los antecedentes según una investigación de Del Carlo (2013), se planteó, en lo que respecta específicamente a la ciudad de Rosario, que existe una carencia de líneas directrices en la política pública municipal en relación a las drogas, expresada por ejemplo en la reducción a una entidad que sólo gestiona la transferencia de recursos financieros desde el estado municipal a instituciones privadas para tercerizar servicios. La falta de continuidad de Programas e Instituciones, de apoyo en recursos

materiales y humanos son otros indicadores de esta falta de lineamientos. Estos resultados coincidieron con los hallados en la presente investigación, donde se denotó en lo que respecta a la ciudad de Rosario, una falta de dispositivos preparados para abordar esta problemática concreta, sobre todo si lo que se quiere es regirse según lo estipulado por la Ley de Salud Mental y Adicciones 26.657, para lo cual se debería contar con más dispositivos y readecuar los ya existentes, como mencionan los profesionales entrevistados.

En busca de similitudes, en este estudio, pudo destacarse que en todas las instituciones pertenecientes tanto a la esfera pública como a la privada, se trabaja con un enfoque interdisciplinario. Este aspecto fue planteado como fundamental por varios de los profesionales entrevistados, ya que debido a la complejidad de la problemática que se aborda, se requiere igualmente de un abordaje complejo, que contemple el trabajo en conjunto de los distintos profesionales que componen el equipo, los cuales sin perder su especificidad, trabajan de manera conjunta y coordinada para resolver cada caso y situación en particular. Si bien pudo observarse que el equipo interdisciplinario puede presentarse con algunas variantes en cuanto a la conformación del mismo, en general está integrado por psicólogos, médicos y en algunos casos por trabajadores sociales, enfermeros, y otros profesionales que la práctica requiere. Esto demuestra la vigencia y la aplicación en este aspecto de lo estipulado por Mental y Adicciones 26.657.

Dentro del equipo interdisciplinario, pudo hallarse otra similitud, en cuanto a la presencia del profesional psicólogo en el mismo, el cual ocupa un rol fundamental, si bien su campo de acción queda determinado por el trabajo en conjunto con los otros profesionales del equipo y las estrategias de tratamiento que allí se resuelven para cada situación en particular. A su vez, otra similitud encontrada en este punto, es que el tratamiento psicoterapéutico es tenido en cuenta en las diversas instituciones, tanto en ámbito público como privado, presentándose como estrategia principal o complementaria, bajo la modalidad de terapias grupales o individuales, donde el profesional psicólogo cumple con diversos roles y funciones según los objetivos particulares de cada institución en las cuales se desarrolla su práctica.

Otro aspecto a tener en cuenta, que resaltó en el análisis, es en cuanto a las capacitaciones específicas realizadas por los profesionales que trabajan en el abordaje de esta problemática, donde se destacó que en la mayoría de los casos, tanto en los profesionales pertenecientes a la esfera pública como privada, su formación queda

recortada a la capacitación recibida en su carrera universitaria o en el recorrido individual de capacitaciones realizadas por cada profesional, en general por cuenta propia, sin que desde las propias instituciones o por parte del Estado se proponga o se brinde una capacitación especializada concreta y mucho menos permanente, tal como lo propone la Ley de Salud Mental y adicciones 26.657. Este es otro de los puntos en donde las convergencias halladas delataron una ausencia de planificación y propuestas acordes, que permitan a los profesionales contar con las herramientas adecuadas a la hora de abordar esta problemática. Por lo cual a partir de ello, se pone de manifiesto la necesidad de programas de capacitación especializados para los profesionales involucrados, así como programas de prevención y tratamiento acordes al paradigma que desde la salud pública y el Estado se pregona.

Para cerrar, concordando con lo que plantea Carew (2014) en los antecedentes, puede concluirse que la problemática de las adicciones es ya un fenómeno extremo que nos interroga y que requiere recrear los marcos teóricos, delimitar los campos de intervención y reformular los dispositivos de abordaje, sumándose a esto, según los puntos que resaltaron en el presente estudio, la presencia de una regulación y políticas claras de intervención, con programas acordes por parte del Estado, respondiendo a lo que la problemática demanda desde la praxis concreta.

Finalmente, puede decirse que los objetivos planteados en la presente investigación pudieron cumplirse, como se vio en lo desarrollado a lo largo del estudio. Sin embargo, cabe mencionar que debido al escaso número de la muestra, los resultados no podrán ser generalizables, por lo cual para una mayor profundización sobre el tema se recomiendan futuras investigaciones que puedan abarcar un mayor número de sujetos para la muestra, lo cual en este caso en particular se vio afectado por la situación pandémica actual. De todas maneras si se tiene en cuenta el número de instituciones con las que se cuenta para la atención y el tratamiento de esta problemática en la ciudad de Rosario, podemos concluir que el porcentaje de entrevistados pertenecientes a las mismas, cubre un buen número de ellas y que lograron describirse y analizarse las principales similitudes y diferencias halladas, tomando como marco de referencia para realizar dicho análisis, la ley de Salud Mental y Adicciones 26.657.

Referencias bibliográficas.

- Antonaccio, D., & Giusti, C. (2019). *Introducción a las problemáticas de consumo*. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología..
- A.P.R.E.C.O.D. Desarrollo social. Provincia de Santa Fe. Recuperado el 10 de julio de 2021, de <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/236206>.
- Apud, I., & Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas*. 16. 2. 115-125
- Beck, A., Wright, F., Newman, C., & Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Barrenengoa, P., Damiano., López, S., Suárez, N., Tejo, M., & Villalva, A. (2016.). Adicciones: reflexiones teóricas sobre el abordaje de una problemática compleja. *Anuario*. 3. 73-91.
- Camarotti, A. C., Kornblit, A. L., & Di Leo, P. F. (2013). Prevención del consumo problemático de drogas en la escuela: estrategia de formación docente en Argentina utilizando TIC. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 17. 695-703.
- Carew, V. (2014). *Los tratamientos instituidos frente a la problemática de las adicciones y sus ideales de eficacia. Rol y función del clínico en su intervención*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Canavessi, J., & Innamoratto, M. (2016). Procesos de vulnerabilidad, consumo problemático de sustancias psicoactivas y prácticas delictivas. *Revista de Políticas Sociales*. 3.
- Ceriani, L; & Montenegro, D. (2018). *Consumo problemático de sustancias: perspectivas, tensiones y debates en las propuestas legislativas*. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Buenos

- Curbelo, E. (2020). Visibilización de los procesos de rehabilitación religiosa en usos problemáticos de sustancias psicoactivas. Un análisis de los abordajes propuestos en dos dispositivos en Montevideo. (Trabajo final de grado). Universidad de la República de Uruguay.
- Cunial, S. (2018). Políticas públicas sobre cuestiones morales conflictivas: el caso de la despenalización del consumo de drogas en Argentina. *Revista Española de Ciencia Política*. 47. 123-149.
- Cueva, Gloria. (2012). *Violencia y adicciones: problemas de salud pública*. Simposio: violencia y adicciones. Dirección de Salud Mental, Ministerio de Salud. Lima, Perú.
- Del Carlo, C. (2013). *Abordaje del uso de drogas en los centros de atención primaria de la Municipalidad de Rosario. Estudio cuali-cuantitativo de prácticas y obstáculos*. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Domínguez, J., Zamora, G., Estrada, J., & Chedrese, L. (2014). Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos. Ley 26.934. Honorable congreso de la Nación
- Espada salado, S., Fernández Rodríguez, F., & Laporte Puig, M. (2012). Modelo integrador para personas con adicción a sustancias psicoactivas. *Revista Española de drogodependencias*. 37. 4.
- Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. Obras completas. Amorrortu.
- Freud, S. (1896). *Fragmentos de la correspondencia con Fliess*. Carta 79. Obras completas. Amorrortu.
- García, S. (2017). *El bienestar y el consumo de sustancias psicoactivas: Una mirada desde las políticas públicas, los expertos y los consumidores*. (Trabajo de grado). Universidad Externado de Colombia.

- Gil, M. (2019). *Consumos problemáticos de sustancias y políticas públicas en la Provincia de Santa Fe. Primeros avances de investigación*. XV Jornadas Rosarinas de Antropología Sociocultural. U.N.R.
- Hernández Sampieri, R., Collado, F., & Baptista L. (2010). *Metodología de la investigación*. 5.
- Lacan, J. (1981). *Seminario de Jacques Lacan: libro 1: Los escritos técnicos de Freud, 1953-1954*. Paidós.
- La Estación: abordaje integral ante consumos problemáticos. Recuperado el 11 de mayo de 2021, de <https://www.rosario.gob.ar/web/servicios/salud/prevencion-y-promocion/consumos/la-estacion-abordaje-integral-ante-consumos>.
- Levin, L. (2013). Pastores, psicólogos y psiquiatras. Disputas en los tratamientos públicos para adictos en la Argentina, 1970-2005. Instituto de Estudios en Salud, Sociedad, Ciencia y Tecnología. *Èa Journal*. 5. 1. 1-48
- Ley de Salud Mental Y Adicciones 26.657. Recuperado el 2 de Abril de 2021, de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>.
- Le Poulichet, S. (1990). *Toxicomanías y psicoanálisis*. Bs. As. Amorrortu.
- López, Acosta, C. (2006). La Adicción a Sustancias Químicas: ¿Puede ser Efectivo un Abordaje Psicoanalítico? *Psykhé*. 15. 1. 67-77.
- López Acosta, C. (2011). Adicción a sustancias químicas: ¿Enfermedad primaria o síntoma psicoanalítico? *Praxis. Revista de Psicología Año 13*. 20. 41-60.
- López, H. (2007). Las adicciones. Sus fundamentos clínicos. *Lazos*.
- Lorenzo, P. (2019). Una aproximación a los diferentes Paradigmas de intervención sobre Consumo Problemático. (Tesina de Grado). Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales. U.N.R
- Llorente del Pozo, J. L., & Iraurgi-Castillo, E. I. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabituación de cocaína. *Trastornos adictivos*. 10. 4. 252-274.

- Markez, I., Repeto, C., & Isidoro, J. (2012). Terapias frente a las adicciones en el medio penitenciario. *Guía*. 215.
- Medina-Mora, M. E., Real, T., Villatoro, J., & Natera, G. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? *Salud pública de México*. 55. 67-73.
- Monras, M., Ortega, L., Mondon, S., Lopez-Lazcano, A., & Lligoña, A. (2020). Adicciones: viejas terapias grupales (TG) y nuevos pacientes. *Adicciones*. 32. 3. 225-227.
- Matthys, C. (2018). *La política pública de salud de la Municipalidad de Rosario y consumo de drogas. Análisis de "La Estación"*. (Tesis de Licenciatura). Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales. Universidad Nacional de Rosario.
- Menéndez, E. L. (2012). Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos. *Salud colectiva*. 8. 9-24.
- Morin, E., & Pakman, M. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa. España.
- Moro, G., Canay, R., Dragotto, P., & Piano, S. (2015). De los lineamientos curriculares para la prevención de adicciones. Orientación para el abordaje. SEDRONAR.
- Mota, G., Pérez, E., De León, J., Luque, M., Arroyo, Á., & García, C. (2009). Terapia Ocupacional en la rehabilitación de la disfunción ejecutiva en adictos a sustancias. *Trastornos Adictivos*. 11. 2. 96-105.
- Nowils, H. (1975). La verdad sobre la droga. *La droga y la educación*. Ed. Unesco.
- Olivera, C., Oppedisano, P., Fiocca Solimei, L., & Barrera, C. (2011). *La eficacia de la psicoterapia psicodinámica en el tratamiento de las drogadependencias*. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires,

- Pawlowicz, M. (2015). Ley de Salud Mental. Apuesta a un cambio de paradigma y oportunidades para una reforma en las políticas de drogas. *Voces en el Fénix*. 42. 20-27.
- Plan IACOP. (2014). Plan Integral Para el Abordaje de los Consumos Problemáticos. Recuperado el 23 de junio de 2021, de <https://www.boletinoficial.gob.ar/pdf/linkQR/REFwOHU3MkZEd0ZycmZ0RFhoUThyQT09>.
- Pérez, E., Motas, G., Ruiz, J., Luque, M., & Pueta Gracia, C. (2011). Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. *Revista Neurol*. 52. 3. 163-172.
- Peyraube, R. (2000). Modelos de abordaje del uso problemático de drogas. *Revista de psicoterapia psicoanalítica*. 5. 4.
- Ramírez, R. (2021). Abordajes y esquemas de tratamiento para el consumo de drogas en Argentina. *Agenda de la salud*. 307.
- Rodríguez, A. (2009). Aspectos teórico metodológicos de las comunidades terapéuticas para la asistencia de la drogodependencia: sus comienzos. *Cuadernos FH y CS-UNJ*. 37. 317-327.
- Rodríguez, N., López, N., Torres, J., Chabat, C., Rochetti, N., Andreoni, L., Weber Suardiaz, C & Lic. Zunino, R. (2014). Implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones y el enfoque de Derechos Humanos en los efectores de atención de salud mental de dependencia provincial. *IX Jornadas de Investigación, Docencia, Extensión y Ejercicio Profesional*. La Plata.
- Ragazzi, G. E. (2016). *Propuesta de reformas al régimen legal de las asociaciones civiles, simples asociaciones y fundaciones*. XIII Congreso Argentino de Derecho Societario.
- Rojo Mota, G. (2016). Terapia Ocupacional en adicciones: de la teoría a la práctica. *Revista Chilena de Terapia ocupacional*. 16. 1. 133-146.
- Sánchez, E. (2001). Intervención psicológica en conductas adictivas. *Trastornos Adictivos*. 3. 1. 21-27.
- Sánchez-Hervás, E. (2006). Calidad asistencial y tratamiento psicológico de las drogodependencias. *Revista Española de drogodependencias*. 31. 2.

- Soto Fortuny, C. (2011). *Psicoanálisis aplicado al tratamiento de adicciones en comunidades terapéuticas, ¿posible o imposible?* (Tesis de grado). Universidad de Chile.
- Tosi, L. D., Peltzer, R. I., Tosi, J. D., & Conde, K. (2018). Actitudes y creencias de los trabajadores de salud mental acerca del tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias. Un estudio en el sistema público de salud en la ciudad de Mar del Plata (Argentina). *Yoriginales*.
- Vegh Weis, V. (2011). *Salud mental y adicciones desde el abordaje del Derecho Internacional de los Derechos Humanos*. VI Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Buenos Aires.
- Velázquez Benítez, D., Friman Rodríguez, N., & González García, M. (2016). Programas de reducción de daños en las adicciones, un dilema ético. *Correo Científico Médico*. 20. 4. 804-809.
- Vicente, C., & Palacios, C. (2004). Intervención en drogas desde atención primaria: revisión de guías clínicas. *Adicciones. Revista versión online*. 16. 3.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1985). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Editorial Herder. Barcelona.
- .

Anexo 1.

Preguntas de la Entrevista.

Preguntas de caldeamiento.

1. Cuénteme acerca de sus estudios, profesión y cómo llego a trabajar en esta institución.
2. En qué área se desempeña y cuál es su función en la misma
3. Historia de esta institución. Objetivos, visión y misión de la misma.

Preguntas para recabar datos.

1. ¿Cómo está conformado su equipo de trabajo?
2. ¿Cuál es la concepción de adicción desde la que se trabaja en esta institución?
3. ¿Cuál es el procedimiento realizado ante la consulta de un sujeto o un familiar que recurre a la institución por una problemática de adicción a sustancias psicoactivas?
¿Cuáles son las intervenciones que se implementan?
4. ¿Cuáles son los profesionales que participan de las intervenciones implementadas?
¿Qué papel desempeña cada uno en el mismo?
5. ¿Qué estrategias de abordaje se implementan en el caso de un paciente que llega a la institución en situación de emergencia por abuso de consumo?
6. ¿Existen pautas o lineamientos en los cuales se base la institución para establecer los abordajes e intervenciones implementadas? De ser así ¿Cuáles?
7. ¿Recibió y/o recibe algún tipo de capacitación específica para el abordaje de esta problemática? De ser así ¿por parte de que organismos y/o instituciones?
8. ¿Se brinda tratamiento psicológico para el tratamiento de esta problemática en esta institución? De ser así ¿desde qué enfoque se trata?
9. ¿Cuál es el campo de acción y el rol específico del psicólogo en los abordajes implementados en esta institución?

10. ¿Bajo qué paradigma y concepción de sujeto se enmarcan los abordajes implementados?
11. ¿Es necesaria la vinculación de esta institución con otras instituciones para llevar a cabo los abordajes necesarios en cada caso? Y de ser así ¿Con qué instituciones? Y ¿de qué manera se efectúa dicho proceso?
12. ¿Se realiza un seguimiento del paciente cuando finaliza el tratamiento o debe ser derivado a otra institución?
13. ¿Existen obstáculos o limitaciones a la hora de implementar los abordajes e intervenciones mencionadas? De ser así ¿Cuáles?
14. Personalmente, está de acuerdo con la forma de abordar actualmente esta problemática o cree necesario algún cambio? De ser así ¿Cual/es?

Anexo 2: Desgravación de las entrevistas realizadas a los profesionales.

Entrevistado número 1.

Datos del entrevistado.

Nombre: Gustavo de Vega.

Título y cargo que desempeña: Psiquiatra. Director de una Comunidad Terapéutica, perteneciente a la esfera privada.

Entrevistas.

Preguntas de caldeamiento.

Cuénteme acerca de sus estudios, profesión y cómo llego a trabajar en esta institución:

“Mi formación es médico, después hice la especialidad en psiquiatría. Me formé en la colonia de Oliveros, la residencia interdisciplinaria en Salud Mental, y a partir del año 90, 91, me dediqué de lleno a este tema de las adicciones, tanto en AVCD, como en algunas otras instituciones, que también durante algún tiempo acompañé, trabajando en grupos, en terapias grupales, en terapias no verbales, psicodrama, terapia familiar con las distintas modalidades.”

Historia de esta institución. Objetivos, visión y misión de la misma:

“AVCD, es Asociación de Voluntarios para el Cambio de Drogadependientes. Inicia su actividad en el año 1980, y de aquella época se desarrolla una intensa actividad, inicialmente en los programas de tratamiento ambulatorio, focalizando el trabajo con las familias y en paralelo desarrollando actividades de prevención, capacitación y demás. Es a partir del año 89-90, que se comienza un desarrollo de los primeros pasos de la conformación de un Centro de Día, que gradualmente durante la década de los años 90 fue complejizándose, pasando de un Centro de Día de cuatro horas diarias, a un centro de Día de ocho horas diarias. Promediando la segunda mitad de la década de los 90 se instalaron algunas camas, porque había demanda de pacientes que eran de muchos kilómetros lejanos a Rosario y pudimos evaluar de instalar seis camas en aquella época, hoy tenemos 10 camas, 12 camas máximo, con una modalidad de marco referencial del modelo de Comunidad Terapéutica de alta complejidad psicosocial. Es decir una

dinámica convivencial muy muy activa, basada en las actividades grupales, con dispositivos diversos, talleres múltiples, actividades diversas, con un equipo interdisciplinario que se ha logrado consolidar durante muchos años, y obviamente el modelo consiste en que el paciente circule se una primera etapa de contención, admisión, proceso terapéutico, con terapias individuales, con terapias grupales, con terapias familiares, con aspectos donde se contempla muchísimo la problemática que sobre fines de siglo pasado y principios de este siglo se fue incrementando, la presencia de lo que se llama la multi problemática del paciente dual, que significa que en un mismo paciente y en un mismo momento coexisten simultáneamente, una problemática psiquiátrica severa y una problemática de consumo severa. “

En qué área se desempeña y cuál es su función en la misma:

“En el año 89, asumo la dirección de la institución, antes formaba parte del equipo terapéutico, en el área de las familias, en los espacios grupales, de familias. Yo soy el director de todo lo que es el área terapéutica.”

Preguntas para recabar datos.

¿Cómo está conformado su equipo de trabajo? :

“El equipo es muy simple...es decir, somos dos psiquiatras, a veces puede haber algún psiquiatra más, psicólogos con distinta formación, hay consejeros que tienen distintos recorridos y en general son personas que se han recuperado de su problema de drogas y alcohol, se han capacitado.”

¿Cuáles son los abordajes implementado actualmente en esta institución para el tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas?

“Precisamente la problemática de las adicciones se ha ido complejizando y también de algún modo las propuestas preventivas quedaron como en el freezer y las propuestas terapéuticas en algunos casos. Al menos nosotros hemos tratado de mantenernos actualizados en las modalidades de abordajes y realmente también han evolucionado muchísimo. Lamentablemente así como la prevención en general quedó freezada y no hubo demasiado avance de la conceptualización, de la evaluación, de las metodologías, lamentablemente lo mismo pasa en muchos aspectos de lo terapéutico. Te podría decir que la realidad actual, si tiene algo de particular, especialmente en nuestra ciudad, en nuestra provincia, en nuestra región, es que en general se ha empobrecido en todo

sentido, en disponibilidad de recursos económicos, en disponibilidad de recursos humanos, en calidad. Hoy por hoy, aunque una familia o paciente tenga cobertura de obra social y dispongan de recursos económicos, en Rosario y en nuestra región el acceso a tratamientos de calidad es absolutamente restringido y limitado. Te podría decir que en nuestra ciudad, yo me hago cargo de lo que digo, nosotros con otra institución, con otro colega que está en otra institución, estamos bregando permanentemente por mejorar la calidad tanto de nuestros propios dispositivos, capacitar al personal, capacitar a los equipos...el resto de lo que queda dando vuelta, en algunas O.N.G (lo nuestro es una O.N.G también), pero el resto de las O.N.G, algunas vienen de aquellos años 90, han disminuido la capacidad de trabajo porque lamentablemente la relación con el Estado, en términos de calidad de servicio, en calidad prestacional, como de condiciones de financiamiento y demás se ha deteriorado. Yo te podría decir que lo que persiste, lo que en general se ha instalado, lo que yo llamo, administración de la pobreza, es decir administrar muy pocos recursos para intentar dar cuenta de abordajes y de tratamientos, de casos bastante complejos y graves, con muy pocos recursos y de muy mala calidad. Por lo tanto, se gasta cierto dinero en propuestas terapéuticas de muy mala calidad... con esto te quiero decir que es carísimo. Está saliendo muy caro algo altamente ineficiente tanto a nivel privado (las llamadas O.N.G, porque no hay clínicas privadas que se dediquen a esto) como público. La modalidad de Comunidad Terapéutica es un modelo de abordaje que lamentablemente, como te dije, en muchos casos se han quedado anclados allá por los 90, con un modelo que en esa época funcionaba, se sabía, se conocía, más o menos tenía sus resultados... y hoy muchas instituciones siguen ancladas con esos viejos criterios, por eso te estoy diciendo que en Rosario el sistema es anacrónico, el 80 por ciento es anacrónico. Especialmente a nivel privado, en términos de O.N.G. No hay ninguna clínica privada, no hay ninguna institución privada, que tenga el modelo de Comunidad Terapéutica, son clínicas psiquiátricas, que sólo hacen el trabajo de clínica psiquiátrica. El problema es que la clínica psiquiátrica solamente está autorizada, está habilitada en términos legales para la problemática psiquiátrica y lo que hace a la problemática de las adicciones, estaría solamente contemplando la crisis aguda. La clínica psiquiátrica no está preparada, habilitada, para hacer un tratamiento de rehabilitación. Es una clínica de agudos, no es una clínica de crónicos. Puede tener algún pabellón o algún área crónica, pero no tiene nada que ver con las adicciones.”

¿Cuál es la concepción de adicción desde la que se trabaja en esta institución?

“A partir del siglo XXI, se instala el criterio, vigente actualmente, de que las adicciones son trastornos o padecimientos llamados Cónicos no Transmisibles, al mismo nivel que la diabetes o la hipertensión arterial.

Las drogas o las situaciones de consumo vienen a ocupar una cierta referencia, un cierto espacio, depende de la edad, depende de las condiciones familiares, la condición social, económica, el tipo de sustancias...es decir que hoy por hoy el campo se ha complejizado de una manera enorme y hay que ser muy cautelosos porque precisamente ha cambiado enormemente de aquellos años de la década de los 90 a la actualidad, prácticamente ha hecho un cambio de 180 grados, entonces es algo tremendamente diferente la escala y la complejidad de la problemática.

Volvamos al libro de Le Poulichete, ella habla de suplemento y de suplencia y en ningún momento plantea que pueda haber un consumo así o así. Ella define claramente que para algunos sujetos el objeto o sustancia, funciona como suplemento y en otros funciona como suplencia. Pues bien, es una categoría tremendamente poderosa, porque si para unos funciona como suplemento y para otros como suplencia, lo que nosotros tendríamos que plantearnos como terapeutas o equipo interdisciplinar es, generar las condiciones para que este sujeto pueda...ese suplemento lo pueda...pueda optar por otro objeto”

¿Cuáles son los profesionales que participan de las intervenciones implementadas? Y ¿Qué papel desempeña cada uno en el mismo?

“El paciente con problemáticas adictivas es muy vulnerable, respecto al riesgo de recaída. Son pacientes que tienen un yo totalmente deshilachado, desvitalizado, deficitario, por lo tanto es necesario entender esto, para comprender que estos pacientes requieren de un acompañamiento a modo de prótesis de yo auxiliar, de prótesis psicosocial, por eso es tan importante trabajar en equipo y mucho más importante que sea un equipo interdisciplinar, con un alto grado ético, con un alto nivel de ética profesional, porque precisamente son pacientes que están en una situación de enorme vulnerabilidad y la familia también. Entonces este es el problema. El enfoque es multidisciplinar, interdisciplinar y transdisciplinar.”

¿Cuál es el campo de acción y el rol específico del psicólogo en los abordajes implementados en esta institución?

“Los psicólogos del equipo son miembros del equipo transdisciplinar, trabajan como el resto de los miembros del equipo con las distintas áreas, especialmente los psicólogos tienen mayor incumbencia en los espacios individuales, en los espacios grupales.

No hay nada mejor para comprender toda esta problemática psicodinámica y psicopatológica, que el psicoanálisis, especialmente en su vertiente Lacaniana, con quienes hemos trabajado muchísimo, hemos hecho un gran desarrollo durante largos años, con la escuela de orientación Lacaniana de acá de Rosario, hemos hecho trabajos muy positivos, muy interesantes, tal es así que algunos psicólogos del equipo nuestro, los psicólogos del equipo son de distintas variantes, pero en general son más bien de formación psicoanalítica, coordinando grupos o trabajando en espacios individuales. Porque el tema cuál es, el abordaje psicoanalítico tradicional, es altamente favorable en la conceptualización, pero en la modalidad de abordaje clínico, en la práctica clínica, tradicional, del consultorio...en general, no sólo que no funciona, porque el paciente no lo tolera, el paciente por lo general con la problemática de alcohol y drogas, es un paciente refractario a esos dispositivos y si en algún momento lo tolera es porque le conviene en términos de que deja tranquilo a la familia o deja tranquilo a quién lo manda, entonces hace un como sí. Con el tema de las adicciones hay muchísimas situaciones en las cuales los pacientes a pesar de no tener voluntad de tratamiento, pero que la familia o se ha planteado una solicitud, una orden judicial, entonces hay muchísimos pacientes que empiezan el tratamiento con la orden judicial y que adecuadamente trabajado, a poco de andar, agradecen a la familia, agradecen al juez y hacen un muy buen tratamiento. Quizás después de un mes o dos, cuando se desintoxican, cuando logran recobrar cierto nivel de lucidez...porque no te tenés que olvidar que el paciente que está bajo el efecto de consumo de drogas, son personas que lamentablemente no disponen de todos sus recursos volitivos, son personas que están marcadas, atravesadas por el goce, por la tendencia fuertemente impulsiva, compulsiva...gocce persistente, permanente...y por eso las recaídas y por eso la complicación, entonces son pacientes que durante una temporada están en una situación de urgencia subjetiva de 24 por 7, con ciertos momentos de remisión, pero que en general no son persistentes.”

¿Se brinda tratamiento psicoterapéutico para el tratamiento de esta problemática en esta institución? De ser así ¿desde qué enfoque se trata?

“Yo te diría que el núcleo de lo terapéutico es el espacio grupal y el espacio individual...y el espacio familiar, unifamiliar y multifamiliar. Eso es el núcleo psicoterapéutico. Y los talleres que también están muchas veces coordinados por psicólogos y operadores, talleristas que conocen del tema. Pero los psicólogos también hacen guardia, hacen distintas actividades, no hacen solamente el espacio individual o grupal. Los psicólogos hacen múltiples tareas y cumplen distintos roles, porque de lo contrario quedarían demasiado...aislados. Que esa es la diferencia...por eso el dispositivo de Comunidad Terapéutica es muy distinto al dispositivo de una Clínica Psiquiátrica o de cualquier otro dispositivo de salud mental. El modelo de Comunidad Terapéutica tiene la particularidad de ser absolutamente transdisciplinar, con un marco ético fundamental y con un fuerte marco regulatorio desde el punto de vista legal, todos los profesionales forman parte de ese marco institucional, con todas las responsabilidades legales, incumbencias profesionales, es decir que lo transdisciplinar y lo interdisciplinar no diluyen o no se pierden las propias especificidades y las propias incumbencias y las propias responsabilidades. Entonces en la Comunidad Terapéutica la especificidad persiste y si mantiene, pero se integra de un modo horizontal, transversalmente en este equipo transdisciplinario y por eso un psicólogo puede estar coordinando un taller de pintura o puede estar saliendo con los pacientes a caminar...por eso un operador o un consejero puede coordinar junto con un psicólogo un grupo terapéutico. Los grupos terapéuticos se hacen a la mañana temprano y a la tarde después de la merienda. El atravesamiento de las dinámicas grupales y de la interacción es clave en todo esto y el rol del profesional es sumamente enriquecido y altamente complejo, por eso no es que el psicólogo hace la terapia individual o la terapia grupal y el psiquiatra hace la medicación y no es que todos hacemos todo, el equipo se organiza y trabaja cotidianamente evaluando y acompañando y haciendo un proceso de evaluación de cada paciente especialmente y se planifican objetivos, se planifican tareas, se trabaja con la familia y se interactúa, en algunas épocas con mayor fluidez, en esta época con las restricciones de la pandemia y la cuarentena con bastantes limitaciones, pero la dinámica institucional es altamente efectiva y altamente compleja y se pone en movimiento a las 7 de la mañana. 8 de la mañana, preparando el desayuno, con todo el proceso terapéutico, pero también por ejemplo los pacientes como los operadores también participan de la preparación del almuerzo, de la merienda, de la cena, de las tareas de mantenimiento de la casa. La Comunidad Terapéutica es un espacio micro social donde no tiene absolutamente nada que ver con una clínica psiquiátrica. La Comunidad Terapéutica es un espacio altamente democrático, porque

en general son lugares donde las personas transitan voluntariamente, aunque lo haya mandado el juez, participan voluntariamente, porque voluntariamente se levantan y comparten el desayuno y voluntariamente se sientan en un grupo terapéutico o en un taller...porqué, porque el paciente que no se quiere quedar manifiesta su intención de abandonar, se le trata de contener, se persiste en eso, se llama a la familia que lo venga a buscar y se va y punto, se terminó. O si comete algún hecho de violencia, que a veces sucede, entonces el paciente se va a su casa, si son mayores de edad se abre la puerta y se firma en su historia clínica se firma que se va por su voluntad y se va. Así que nadie está preso, lamentablemente, lamentable y desgraciadamente ha habido instituciones que dicen que son Comunidades Terapéuticas pero que en realidad son campos de detención, campos de exterminio, campos de reclusión pero que bueno lamentablemente eso pasa porque el Estado no cumple con su función, ni ofrece servicios propios, ni supervisa los servicios de las O.N.G, ni las fundaciones...en realidad no hay supervisión en ningún lugar, ni siquiera las obras sociales, las pre pagas hacen las auditorías del terreno, nadie se ocupa...ese es el problema con este tema. Vos imagináte que una obra social recibe un presupuesto, lo autoriza si es barato o no lo autoriza si es caro, con qué criterio, vaya a saber con qué criterio, entonces mandan a la gente a los lugares baratos, pero después no se ocupa de ir a ver que le dan de comer, que terapia hacen, qué tipo de actividad hacen. Si yo te escribo en una hoja todo esto que te estoy diciendo, vos por eso no me vas a pagar el tratamiento, primero vas a ir a ver si es verdad, si están los operadores, si están los psicólogos, vas a ver cómo está la cocina, vas a ver que hay en la heladera, vas a ver cómo están los pisos, cómo están los baños, como están las camas, cómo están los grupos, qué hacen, qué no hacen. Nunca en la vida vino nadie a hacer eso. Entonces ese es el punto de abandono al que yo me refiero. Por eso toda la gente que habla al divino botón y muchos colegas lamentablemente que dicen que se dedican a esto en el ámbito público o en el ámbito privado, son absolutamente negligentes y muchas veces hacen mala praxis. Yo tengo como marco de referencia la ley de Salud Mental, pero mi práctica da cuenta de eso, si vos vas ahora o mañana a mi institución a ver qué se hace, cómo se hace, yo te diría que vas a estar en un cien por ciento entre lo que yo te estoy diciendo ahora y lo que vos vas a observar, podrás ver alguna más menos, pero el eje metodológico y conceptual coincide plenamente en lo que yo te estoy diciendo ahora, con lo que está escrito en la clínica, en la página web y con lo que se hace con los pacientes. En el 99 por ciento de los lugares no sucede eso. Primero que el Estado no tiene nada, porque el Estado no te va a mostrar la cara en un montón de cosas que hacen, porque si vos decís bueno donde

se hace esto, a ver mostrarme donde se está haciendo, a ver a qué hora hacen el grupo, a qué hora se tiene los talleres, a donde lo hacen y te vas a dar cuenta que en general son lugares que ni siquiera están habilitados, ni ellos mismos lo habilitarían si fuera un ámbito privado, porque no cumplen con las condiciones de seguridad, porque no tienen todo lo mínimo que tienen que reunir un lugar, no tienen ni siquiera a veces matafuegos, no tienen...son un desastre, lamentablemente ese es el problema. Vos tenés que poder entender que la patología del Estado es más grave que la patología de las personas. Lamentablemente la situación es muy grave, en el ámbito público es inexistente, gravemente inexistente y en el ámbito privado está demasiado pauperizado, demasiado precarizado y la mayoría de las instituciones para sobrevivir van rotando el personal, el personal está en muy malas condiciones, con muy baja retribución, con condiciones de...en negro, bueno el estado también tiene a mucha gente trabajando en condiciones de precarización laboral, con contratos transitorios, con retribuciones miserables...es muy difícil... muy difícil.”

¿Recibió y/o recibe algún tipo de capacitación para el abordaje de esta problemática? De ser así ¿por parte de que organismos y/o instituciones?

“Yo me empecé a formar en el año...fines de los 80, en el año 89 y 90, en esos años participé en actividades de la escuela de formación de Naciones Unidas, que estuvo varios años trabajando en Buenos Aires con el programa de Naciones Unidas y trabajamos en el dispositivo del modelo socio terapéutico y después de allí en adelante seguí formándome en distintos ámbitos, ya tenía mi formación como psiquiatra, también como psicoterapeuta familiar, grupal, psicodrama, todas las técnicas no verbales, trabajamos mucho durante todos los años 90 en esas modalidades multi e interdisciplinarias, con aportes de la psicología social de Pichón Riviere, con un aporte del psicodrama tanto Moreniano como del psicodrama psicoanalítico, formé parte del grupo de estudios de psicoanálisis. También me formé en los últimos años de los 90, principios de este siglo, me formé más a fondo con el tema de la neurociencia cognitiva y la neuro farmacología. Los aportes de la psiquiatría clínica y la neurociencia cognitiva y la neuro farmacología, son muy importantes para comprender la problemática de alta comorbilidad, trastornos psiquiátricos y consumo de drogas, que es muy frecuente, cada vez más frecuente.

Entonces, mi formación es bastante amplia, desde el psicoanálisis Freudiano con algunos aportes Lacanianos, en los años 80 y 90 también con los aportes de Pichón

Riviere y todo el movimiento...antes de los 80, antes de la dictadura militar, en la Argentina hubo una movida muy fuerte de lo que fue la psiquiatría social, psiquiatría social que tuvo sus raíces muy fuertes en el psicoanálisis Freudiano y en todos los aportes de los distintos recursos sociológicos y por eso la psiquiatría social en la década del 60 tuvo mucha fuerza y se conformaron en aquellos años, se hizo toda una movida de Comunidades Terapéuticas, verdaderamente alternativas a los manicomios y fue tan efectiva y tan importante que en la dictadura militar desapareció, entre tantas cosas que desaparecieron, las Comunidades Terapéuticas que estaban funcionando en Hospitales Psiquiátricos es esa época, desaparecieron. Había en Rosario, en Paraná...fue una movida muy fuerte, en Buenos Aires el lugar más importante de la Comunidad Terapéutica de toda esta movida fue el servicio de Salud Mental del Hospital de Lanús, con Mauricio Goldemberg, pero después fue creciendo muchísimo en muchos lugares. No significa que después de la democracia, después del año 82, no se volvieron a desarrollar esos dispositivos. Tampoco se promovieron las terapias grupales. Yo tuve la suerte de formarme en aquellos años con colegas psiquiatras y psicólogos que venían de toda esa línea de la psiquiatría social y del psicoanálisis y entonces trabajé muchos años, antes de recibirme ya estaba formándome en terapias grupales, en dispositivos grupales, con todas las técnicas no verbales para trabajar psicosis particularmente, arte terapia, expresión corporal, senso percepción...porque la problemática de las adicciones justamente me la encuentro cuando hice mi formación en la residencia interdisciplinaria en la colonia de Oliveros, en la R.I.S.A.M de Oliveros, participamos activamente del programa de externación y organizamos toda una serie de actividades fuertemente restitutivas, de derechos, en el sentido de promover la externación de enorme cantidad de pacientes. El trabajo que hicimos en la colonia de Oliveros, fue muy importante, con todo un grupo de colegas, psiquiatras y psicólogos y que fue altamente positivo, a mí me favoreció mucho en mi formación trabajar en el equipo interdisciplinario y luego la formación con esta escuela de Naciones Unidas me dio una mayor profundidad en el tema específico de las adicciones y en eso trabajé de aquella época hasta acá y siempre tratando de estar actualizado, especialmente con los programas de Salud Mental y Adicciones de España, de Italia, de distintos países de Europa que fueron avanzando en esto y también las propuestas de las problemáticas y los abordajes en Estados Unidos. En realidad la mayor experiencia tiene que ver con rescatar los programas que se desarrollaron en España y en Italia, porque son los que tienen mayor similitud cultural con lo nuestro. Hay muchísimos desarrollos en Estados Unidos, en Inglaterra, en Alemania, en Francia, pero tienen ciertas diferencias con nuestra cultura,

particularmente en Argentina. Entonces en España e Italia los programas son mucho más accesibles, aunque ellos tenían mucho más problema con la heroína, cosa que acá nunca hubo gran problema con la heroína, sino más bien con el policonsumo de alcohol, cocaína y marihuana, psicofármacos. Entonces mi formación siempre estuvo en eso, tratando de estudiar...mis bases de referencia fundamentalmente son...en Europa hay una institución que se llama...que es una instancia de estudio e investigación en prevención de adicciones básicamente y en Estados Unidos está la oficina de drogas de Estados Unidos, como si fuera la SEDRONAR, que ha trabajado muchísimo durante los últimos 20 años en investigación clínica, en imágenes y en desarrollo de criterios, por eso la neurociencia cognitiva aportó muchísimo a todo esto, comprendiendo muchísimo mejor como entender la dinámica de la problemática del consumo de drogas, pero también de las adicciones no químicas, distorsiones severas en términos neurobiológicos que tiene repercusión en los aspectos subjetivos, emocionales y también en Estados Unidos desarrollaron programas de tratamiento muy efectivos, altamente efectivos, para la problemática de la cocaína especialmente.”

¿Y por parte del Estado recibió algún tipo de capacitación?

“Mira el Estado en general, en este tema no brinda casi nada y lo poco que brinda no sirve para nada, así bien crudo y concreto. Mira, si vos hablas con la gente del estado, provincial, municipal o nacional, seguramente te van a decir que hacen cursos, que hacen capacitación, que hacen un montón de cosas...y posiblemente lo hagan, posiblemente hagan algún tipo de actividad llamada de capacitación, pero por algún motivo, evidentemente después de más de 10 años de la Ley de Salud Mental, no hay redes suficientemente operativas, desde el punto de vista del Estado, en el ámbito público. Por algún motivo, todo lo que se dice que se hace, no es suficientemente continente, no es suficientemente efectivo, porque la gente no responde, no da cuenta de que eso le sirva. Por algún motivo persisten las O.N.G y particularmente han crecido muchísimo los grupos evangélicos. Por eso vos cuando estás haciendo tu trabajo y te encontras con gente del ámbito público te van a decir que hacen un montón de cosas y que tienen una red acá y una red allá y que pim que pam. Pero en lo fáctico, en lo concreto y en lo cotidiano, eso no existe más que en un discurso y en una intención...en una proclama de intenciones...que no funciona. Es como que lamentablemente la realidad se impone.

La municipalidad tiene La Estación y deriva La Estación, como bien dice la palabra, la estación es una estación de paso, la gente va y de ahí sale a otro lugar que son los Centros de Salud y los Centros de Salud tienen equipos de profesionales que teóricamente estarían en condiciones de recibir esta gente, pero el municipio y la provincia no disponen de consultorios específicos, de profesionales específicos, de Centro de Día, de ámbitos de contención, de residencias si el paciente lo necesita, lo único que cuentan son los servicios de emergencia y de urgencia en las guardias de los hospitales, que no están formados, no tienen capacidad para trabajar con el tema específico, no tienen especificidad...una urgencia mal tratada, porque el paciente en la urgencia y en crisis necesita de una contención específica, así como el paciente con un infarto cardíaco, necesita cardiólogos formados, el paciente con problemas tóxicos, necesita el toxicólogo, el terapeuta, el psiquiatra, el psicólogo, el trabajador social, un equipo específico, que sepa del tema.”

¿Bajo qué paradigma y concepción de sujeto se enmarcan los abordajes implementados en esta institución?

“Ese tema de los paradigmas o supuestos paradigmas en realidad son una serie de constructos que se instalaron en los años 90 y que de paradigma no tienen nada, en realidad son propuestas de ciertos colegas, de cierta gente que ha tomado específicamente el tema de la reducción de daños y que para tomar postura por la reducción de daños, lo han hecho a partir de confrontar, con ciertas prácticas que se desconocen absolutamente y se manejan con prejuicio, porque el tema del prohibicionismo o supuesto abstencionismo son cuestiones, en todo caso son categorías ideológico políticas, que no tienen correlato clínico. El problema con esas categorías es que si nadie puede estar en desacuerdo... nadie puede estar en contra de los derechos humanos, del usuario, de la promoción de derechos, de las garantías individuales, constitucionales, etc, etc. Eso en principio. Y en ese contexto se ha generado una situación dilemática, como estando a favor o en contra de la abstinencia. Y que pasa, como que todavía está muy enrarecido el ambiente, el tema,..está muy manoseado, todo el mundo opina, todos tienen derecho a opinar obviamente, pero de allí a tomar esto como paradigma o como referencia que tenga que ver con una argumentación conceptual, una argumentación teórica, un desarrollo realmente interdisciplinar, transdisciplinar... que dé cuenta de los procesos tóxicos. Por ejemplo Sylvie Le Poulichet, el libro que ella escribe es fantástico, ese libro es muy bueno, es excelente, es uno de los puntales para manejarse con estos temas , pero es un desarrollo teórico y

lo que sucede como en toda teoría que luego hay que testearla en la práctica clínica y el tema es que cuando vos te encontrás con la problemática de lo concreto, de una familia, de alguien con problemas ligados al alcohol, a las drogas, etc, etc, son problemáticas verdaderamente complejas, pero de una complejidad infinita.

Desde los nuevos discursos, la reducción de daños, el consumo recreativo, el consumo problemático... no son categorías clínicas, son categorías ideológico políticas y lo que no tienen es eficiencia y efectividad clínica. Vos tener un hijo con problemas de drogas, planteaste a donde lo vas a llevar o a quién vas a buscar para que te ayude.

Entonces, a nivel público se instaló desde los años 90 para acá, esta supuesta idea de la reducción de daños, que es sumamente importante, como propuesta es muy importante. El problema es que se instaló como un discurso único, de tinte hegemónico, peleándose, confrontando desde estos supuestos paradigmas, paradigmas de reducción de daños versus paradigma abstencionista o prohibicionista, cuando en realidad son construcciones teóricas, tienen un referente y una argumentación teórica, que nadie podría estar en contra de la reducción de daños por ejemplo, pero esa existencia de la reducción de daños ha tomado cierto desarrollo, se ha desarrollado confrontando con un supuesto prohibicionismo.

Yo te diría que mi marco teórico referencial, tiene que ver con la teoría de la complejidad, con la teoría de procesos caóticos, tiene que ver con cuestiones epistemológicas y que en principio me ayudan a intentar abordar y a acercar a la problemática, desde una perspectiva donde me resulta muy operativo el psicoanálisis Freudiano, el psicoanálisis Lacaniano, los aportes de Pichon Riviere y la psicología social, los aportes de las neurociencias Cognitivas, la Teoría de Apego. Es decir que en verdad, la complejidad del campo de las adicciones, te pone en evidencia la absoluta necesidad de incorporar múltiples recursos teóricos conceptuales. No alcanza, no puedes dar cuenta con un solo marco referencial.”

¿Existen pautas o lineamientos en los cuales se base la institución para establecer los abordajes e intervenciones implementadas? De ser así ¿Cuáles?

“La Ley de Salud Mental y Adicciones es un marco muy interesante... La problemática de las adicciones tiene su propia normativa, mucho antes de la Ley de Salud Mental. En los años 90, fue pionera la Ley que obliga al programa médico obligatorio a incluir la asistencia y la cobertura de la problemática de las adicciones en modalidades de Centros

de Día, ambulatorios, o internaciones en Comunidades Terapéuticas. Los Centros de Día también pueden ser Comunidades Terapéuticas, es decir que el modelo de Comunidad Terapéutica puede tener modalidad ambulatoria (Centro de día) o modalidad residencial (internación).”

¿Cuál es el procedimiento realizado, ante la consulta de un sujeto o un familiar que recurre a la institución por una problemática de consumo de sustancias psicoactivas?
¿Qué intervenciones que se realizan?

“Nosotros tenemos, la recepción de las admisiones de casos más o menos graves, de casos más o menos complicados, pero siempre dentro de un margen de consulta ambulatoria. Cuando son situaciones groseramente críticas, nosotros trabajamos, tenemos vínculos con alguna clínica psiquiátrica donde se organizan en conjunto programas residenciales, de internación para la desintoxicación, durante 15 días, 10 días, una semana y luego el paciente puede seguir ambulatorio, la prioridad siempre es el programa ambulatorio y si no hacemos un programa residencial breve, de un mes o dos, a veces un poco más un poco menos, pero siempre en la instancia residencial de internación, es, debe ser corta, debe ser lo más corta posible.

Generalmente los pacientes están en tratamientos ambulatorios en el Centro de Día, por la mañana o por la tarde, en grupos terapéuticos de varias veces a la semana, todos los pacientes ambulatorios, semanalmente, voluntariamente, realizan un análisis de orina, se hace con un protocolo propio de la institución, con reactivos instantáneos, de acuerdo con el paciente y la familia, con un consentimiento informado y con una clara definición de para qué sirve, de cuál es el objetivo, no tiene nada que ver con lo punitivo, por más que el paciente tenga recaídas, sólo sirve para tener una medida objetivable, así como podemos tomar la temperatura o podemos tomar la presión, se hace un reactivo. Es una forma también de evaluar el tratamiento, porque los mismos pacientes te lo piden, entonces en general esto funciona de esa manera, es decir si en algún momento hay recaídas se evalúan y se replantea el tratamiento ambulatorio. En algunos casos, cuando el paciente realmente se da cuenta, la familia también, que la modalidad ambulatoria se le transforma en algo insostenible, porque las recaídas son muy seguido, porque el fin de semana desaparece días, se involucra en situaciones de riesgo, el mismo paciente plantea la posibilidad de internarse y a veces lo hacemos, hacemos pequeñas internaciones de fin de semana o de varias semanas, depende de cada caso, con salidas y con contacto permanente con la familia. Se trabaja intensivamente en la internación, es

una Comunidad Terapéutica dinámica, muy dinámica, en épocas normales, se van al gimnasio, se van a natación, se hacen distintos tipos de salidas y actividades, talleres diversos. La institución es un lugar de contención, de alojamiento, pero no es una institución total, es un ámbito muy permeable, muy poroso, donde permanentemente se hacen pasantías con distintos profesionales, distintas actividades, los talleres de arte, de teatro, de musicoterapia, de expresión corporal, de sensopercepción, de radio...se van haciendo distintos talleres, de acuerdo también a los profesionales con los que disponemos y generalmente lo que tiene más vigencia que data ya de muchos años, es lo que se llama la prevención cuaternaria o mantenimiento, espacios de tratamiento, dispositivos de tratamiento, de mantenimiento de los logros de la recuperación. En prevención primaria inespecífica, general, universal, prevención secundaria indicada, con diagnóstico precoz, tratamiento efectivo, la prevención terciaria es la rehabilitación y la prevención cuaternaria es el mantenimiento de los logros. Hoy por hoy se debe entender la temática de las adicciones como un trastorno crónico, no transmisible, con alto riesgo de recaída persistente, entonces esa idea de cronicidad, que normalmente va de la mano del deterioro, lamentablemente el deterioro en la cronicidad es muy frecuente, como en toda problemática crónica, diabetes, hipertensión...Las personas con un problema de drogas, de no disponer de un tratamiento adecuado, correcto, efectivo, el deterioro es tremendo en todo sentido, emocional, psicológico, económico, laboral, familiar...en todos los aspectos es verdaderamente catastrófico, esto es lo que hay que entender, por eso no tiene sentido, cuando se habla de la reducción de daños, es altamente útil y valioso, la perspectiva, la política de reducción de daños, como una modalidad que facilite la recuperación y el mantenimiento de esa recuperación y es mentira, absolutamente falso que la abstinencia sea negativa, la abstinencia no es prohibición, la abstinencia es lo indicado para determinado problema, en este caso un tabaquista que no deje de fumar, o que persista fumando uno o dos cigarrillos por día, el riesgo de cáncer de pulmón y de patologías respiratorias es altísimo, es exactamente igual con uno o dos cigarrillos que con un atado, no hay diferencia. La abstinencia de sustancia tiene que ver con entender la problemática ligada a esta sustancia, que es una problemática muy compleja, que es bio-psico-social, no es solamente para recuperar el organismo. Una cosa es tener un trastorno crónico y otra cosa es estar enfermo crónicamente, la idea de cronicidad, no es la evolución de la enfermedad, porque muchas patologías se hacen crónicas porque están mal tratadas. La idea de cronicidad se refiere al riesgo de recaídas, de deterioro psico- físico, entonces la intención de esto es el acompañar y el sostener, por eso te hablo de la prevención cuaternaria, que quiere

decir, que una vez que la persona logró una recuperación y una cierta estabilidad en general, se debe mantener una continuidad mensual, periódica...porqué, porque cuando la persona con estas problemáticas adictivas deja de lado esa idea de largo plazo, se confía, y vuelve a consumir y durante una temporada parece que está todo bien, pero son enfermedades que tienen trastornos orgánicos, distorsiones metabólicas, que mientras la persona no incorpora sustancias, se mantiene como lo que se llama un portador sano. Esto funciona en este sentido como una alergia, pónale que vos sos alérgica al chocolate y no importa si te comiste un chocolate de medio kilo o un miligramo, porque tu organismo va a reaccionar frente al contacto con el chocolate, bueno, en este sentido, por eso muchos autores hablan de una pseudo alergia.”

¿Es necesaria la vinculación de esta institución con otras instituciones/organismos para llevar a cabo los abordajes implementados? Y de ser así ¿Con cuáles? Y ¿de qué manera se efectúa dicho proceso?

“Absolutamente, todo el tiempo estamos formando parte de distintos espacios como son por ejemplo el F.O.N.G.A, que es una federación nacional de O.N.G’s”, la mesa nacional, que es otra organización nacional de O.N.G’s, también “formamos parte del foro local de Rosario de Prevención de Adicciones con otras O.N.G’s, del foro Provincial de Santa Fe, también a título profesional formamos parte de asociaciones de profesionales a nivel local y a nivel nacional, como son la Asociación de Psiquiatras, participamos permanentemente en ámbitos de jornadas y congresos presentando talleres...interactuamos muchísimo como te dije con distintos ámbitos...muchos profesionales que vienen a hacer pasantías, acompañantes terapéuticos, gente de psicología, gente de medicina, gente de trabajo social, a veces más formalizados con el ámbito académico de la universidad o muchas veces por la propia iniciativa de los estudiantes.”

Personalmente, está de acuerdo con la forma de abordar actualmente esta problemática o cree necesario algún cambio? De ser así ¿Cual/es?

“Mira yo te diría que la respuesta más práctica, la secretaría de Córdoba está haciendo lo más parecido a lo que hay que hacer, la provincia de Córdoba en este momento está haciendo un trabajo, yo te diría que está en nueve puntos, nueve puntos con cincuenta, diez puntos, que es lo que hay que hacer. Un sistema en red, donde hay una decisión política, donde hay un programa claro, donde hay una red de trabajo, donde hay un criterio, obviamente hay recursos, pero puede haber recursos que estén mal gastados. La

provincia de Santa fe tiene recursos, pero los usa para pelotudear, para perder el tiempo. Por lo menos la secretaría del gobierno de Córdoba, la secretaría de adicciones de la provincia de Córdoba tiene un criterio con un programa de trabajo, con una sistematización, con todo lo que se necesita ofrecer desde un programa de prevención y tratamiento de las adicciones desde el ámbito público, tiene todo el abanico desde la prevención primaria, comunitaria, la de los consultorios, los Centros de Día, los de internación, todo eso desarrollado también en paralelo con capacitación, con formación de los recursos humanos, con todo...es decir, por eso yo te digo, en la provincia de Córdoba está desde el ámbito público todo lo que corresponde, posiblemente le falte desarrollo, pero ha crecido en dos o tres años de una manera fantástica, acá estamos en el inframundo. Acá no solamente eso no existe, si no que lamentablemente quienes están a cargo de estas áreas del ámbito público no tienen idea de lo que significa todo eso, no tienen la menor idea, porque justificándose con la ley de Salud Mental, lo que hacen es una cuestión deliberativa, pero altamente ineficiente, altamente abandonica, La provincia de Córdoba también está dentro de la ley de Salud Mental, trabajan dentro de la ley de Salud Mental, pero la ponen en práctica, desarrollan, por ejemplo, construyeron dos Comunidades Terapéuticas, cada una al lado del hospital, porqué, porque la ley de Salud Mental precisamente promueve que el ámbito de tratamiento de las adicciones esté en el ámbito hospitalario, entonces anexo al hospital, al lado, pegado al hospital está la Comunidad Terapéutica, dentro del ámbito del hospital polifuncional. Entonces, esa es la inteligencia, pero trabajan, sabes cuál es la diferencia que trabajan. Si a vos te pagan un sueldo para trabajar de ocho a doce, vos tenés que trabajar de ocho a doce. Muchas veces, lamentablemente y me consta, porque lo conozco a fondo, mucha gente en el ámbito público, cobra una retribución por una carga horaria que no cumple y al no cumplir esa carga horaria, su práctica queda totalmente desvirtuada. Y en el ámbito público si yo estoy cuatro horas un día, no puedo dar cuatro turnos, como si estuviera en el ámbito privado. Esa confusión de confundir el ámbito público con el privado es muy peligrosa, pero lamentablemente es una mala costumbre, entonces mucha gente se queda afuera en el ámbito público, pudiendo tener en cuatro horas, podríamos tener dos grupos terapéuticos, te digo con doce personas cada grupo y el grupo terapéutico es tan efectivo como la terapia individual o más, en este tema que nos atañe la terapia grupal es mucho más efectiva que la terapia individual.”

Entrevistado número 2.

Datos del entrevistado.

Nombre: Diego Marcos.

Título y cargo que desempeña: Operador Socio Terapéutico. Director de una fundación, que funciona como Comunidad Terapéutica.

Entrevista**Preguntas de caldeoamiento.**

Cuénteme acerca de sus estudios, profesión y cómo llego a trabajar en esta institución:

“No tengo título universitario. Soy operador socio terapéutico, esto es específicamente para las adicciones. Es una capacitación que hice en FONGA, que es una asociación sin fines de lucro, Después también está el que te da el CEDRONAR”.

¿En qué área se desempeña y cuál es su función en la misma?:

“Yo soy socio fundador, soy presidente, pero soy fundador de la institución con dos amigos, de los cuales uno falleció...en febrero va a hacer cuatro años y el otro bueno, sigue estando con migo. Yo soy el que más que nada está a cargo de lo que es la casa, las casas”.

Historia de esta institución. Objetivos, visión y misión de la misma:

“La Fundación, este año que termina va a tener 14 años, La fundación tiene cinco casas, de adicciones, son cuatro, son una casa de varones, mayores, una casa de varones adolescentes, una casa de mujeres, que abarca de los 13 años en adelante, todo por adicciones a alcohol y drogas y una casa de reinserción, que es una casa donde hay cuatro chicos, donde ya terminaron el tratamiento, siguen en ambulatorio, pero no tienen posibilidades de volver a su familia o están tratando de volver con su familia y tienen trabajo... y bueno yo les consigo un lugar para vivir y ellos son los que mantienen el lugar, la comida, todo, si tienen trabajo...eso más o menos entre 8 meses y un año y después de ahí se tienen que ir o buscar ellos su propio lugar o volver con su familia”.

Preguntas para recabar datos.

¿Cómo está conformado su equipo de trabajo?:

“Más o menos en todas las casas trabajan 55 operadores, psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales, médicos...yo soy el director.”

¿Cuál es la concepción de adicción desde la que se trabaja en esta institución?:

“Cuando te dicen •”el consumo problemático”, todo consumo es problemático, el pibe que fuma marihuana, que se droga, que toma alcohol, ya el problema es para él porque es físico, y después aparte para el entorno... Hablemos de consumo problemático... no, el consumo ya es problemático, todo consumo siempre es problemático. Pasa que acá les gusta ponerles nombres y adaptar las cosas para que quede más lindo. La adicción acá, lo que nosotros explicamos a los chicos, tiene que ver en cómo llenar un vacío y unos lo llenan con drogas, otros lo llenan con comida, otros con el juego, otros lo llenan yendo al gimnasio, otros lo llenan...con un montón de otras cosas”.

¿Cuál es el procedimiento realizado ante la consulta de un sujeto o un familiar que recurre a la institución por una problemática de adicción a sustancias psicoactivas?

¿Cuáles son las intervenciones que se implementan?:

“Nosotros somos Comunidad Terapéutica, viven las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Las tres casas igual. La palabra Comunidad Terapéutica a nosotros no nos gusta mucho, pero si la modalidad como trabajamos es esa. Acá más que nada trabajamos como en comunidad de restauración más que nada. Por eso el nombre “C”. Nosotros trabajamos la parte espiritual, la parte social, la parte psicológica, todo.

Si hoy por ejemplo pasa un chico por la calle, toca la puerta y se quiere internar, hago una entrevista, y a los dos días lo interno. Igual depende, cuando nos mandan de otro lugar ya venimos con una entrevista.

Si vos venís, o llamas por teléfono, se hace una entrevista, donde está la psicóloga o en su defecto el psiquiatra y hay que saber si se quiere internar, porque si no se quiere internar, no lo interno, porque es internarse, estar un día y al otro día se quiere ir. Entonces tenemos una o dos entrevistas previas, para tener la seguridad de que la persona va a querer hacer ese tratamiento.

Una vez que cualquier persona entra acá, nosotros empezamos a trabajar con la familia. Acá hacíamos reuniones de 30-40 personas, todos los familiares juntos, ahora por la pandemia no. Sin ellos, sin los chicos. Y después de ahí se quedan una hora con los chicos. La familia que no viene a pasar por lo menos un tiempo, a escuchar lo que

nosotros le hablamos y eso, el chico no puede tener... no tiene visita. Lo que nosotros tratamos es que se comprometa la familia, para poder ayudarlo. Nosotros somos una pata, si la familia no ayuda...

El día a día acá es se levantan a la mañana, desayunan, tienen lo que nosotros llamamos un devocional, donde leemos algo, repartimos algo, alguno de los operadores o chicos comparte, que dura más o menos media hora, a veces viene gente de afuera o a veces lo doy yo y después tienen una ronda de reflexión, que es decir lo que te está pasando, como te levantaste, a que le vas a apuntar...Después del devocional, después de hablar entre ellos...de tener toda la reunión, después se divide por grupos, tenés un grupo de cocina, un grupo de los que limpian, actividades diarias que hacen todo ellos, ellos cocinan, lavan su ropa, limpian la casa, limpian las piezas, acomodan todo lo que tienen que acomodar, después almuerzan y depende de lo que pasa, ahora están muy metidos adentro, pero depende de lo que tiene cada uno. Acá uno, dos o tres días por semana tienen deporte. Y después tienen las actividades que tiene cada uno, muchos estudian música, otros tienen talleres, la escuela a todos, donde la dejaron, nosotros le conseguimos lugar para que vayan. Después tienen talleres de oficio, el que se quiere enganchar. Y después el que nosotros sabemos que está más o menos, busca trabajo o se le consigue trabajo y trabaja y vuelve acá a dormir, hasta que se le dé el alta. Y eso te estoy hablando de una persona que tiene ya 5-6 meses en adelante.

Después tenemos los grupos de la iglesia, donde se va a la iglesia los domingos. Van todos. Acá cuando entra alguien a internarse si o si pactas con eso. Si vos me preguntas a mí, la parte espiritual es la principal. Para nosotros es lo principal. Lo que yo planteo es que muchas veces los que hemos consumido...yo consumí durante muchos años... tenemos un vacío y tenemos la necesidad de llenarlo con algo. Yo lo llené con la parte espiritual y no tuve necesidad de después buscar otra cosa. Esto igual no es mágico, es un proceso, así como vos empezás a consumir de a poco y después llegas a no controlarte más, esto es lo mismo, tenés que empezar a llenar espacios de a poco, mirando otras cosas, haciendo otras cosas. Entonces nosotros creemos que la parte espiritual es fundamental, porque estamos convencidos que con la parte espiritual mas todo el tratamiento se sale y nos da resultado. Nosotros ayudamos de esta manera y no nos vamos a apartar porque tenemos resultados.”

¿Cuáles son los profesionales que participan de las intervenciones implementadas? Y ¿Qué papel desempeña cada uno en el mismo?:

“Acá trabajamos con cuatro psicólogas, un psiquiatra y una asistente social. Y en cada casa tengo una directora. Después tengo operadores socio terapéuticos, es el que trabaja acá dentro de la casa, conteniendo a los chicos, el que le dice que tarea hay que hacer, el que habla con ellos, que está todo el día con ellos, duerme acá con ellos y van rotando por día, son guardias de 24 horas.

Después el que ya viene con psiquiatra, lo ve a Nicolás. Nosotros medicamos poco y nada. Si viene medicado, seguimos la medicación, pero tratamos de ir sacándosela. Por ejemplo si acá viene un chico, una chica, que tiene que tomar medicación, el psiquiatra lo ve y le va dando la medicación, pero después se la vamos bajando. Acá tengo chicos que estuvieron 15 minutos para decirme el nombre...y hoy son chicos que están trabajando y evolucionando. Al principio quiere la medicación, pero después se da cuenta que sin eso puede hacer un montón de cosas, volver con su familia, trabajar...que con la medicación no lo iba a poder hacer nunca. Entonces vos ves el cambio. Igual se entiende que si una persona estuvo cinco días consumiendo, tirado en el piso, borracho, drogado...en algún momento le tenés que poner algo para que baje, para que se tranquilice y estabilizarlo, pero cuando eso continúa por semanas o por meses entonces ya no es lo lógico. Nosotros tratamos de no de no hacerlo, si no de ir sacándoselo. Pero acá la mayoría de los chicos no se medican, no los medica el psiquiatra. Después si tiene alguna patología de base, que la tiene que tomar y bueno si se le da, obvio.”

¿Qué estrategias de abordaje se implementan en el caso de un paciente que llega a la institución en situación de emergencia por abuso de consumo?:

“Tenemos tres lugares de emergencia en adolescencia, adultos no tengo emergencia, menores sí, adolescentes sí. Ahí se lo interna y está solo, en una habitación y se le da de comer ahí, hasta que el chico baje.”

¿Recibió y/o recibe algún tipo de capacitación específica para el abordaje de esta problemática? De ser así ¿por parte de que organismos y/o instituciones?:

“Nosotros ahora estamos haciendo una formación que es O.S.T.E, que es Operador Socio Terapéutico Espiritual, que lo da un programa, que se llama Programa Vida, en Buenos Aires y ese es un programa muy grande.

También podemos dar la formación, hemos dado en muchas provincias y en muchos lugares de acá de Rosario, formación de operadores socio terapéuticos, nosotros

podemos dar sobre adicciones, porque tenemos el título y el conocimiento para poder darlo y estamos avalados por donde nosotros hicimos el curso, que es el de FONGA.

Después acá tenés Vínculos, hay cursos que se dan en Vínculos y hay chicos que lo han hecho ahí, que también te da el mismo título, de Operador socio Terapéutico. Después hemos hecho otro, que es la R.O.Y, que es ya a nivel internacional, ese lo he hecho yo... por ahí ir a congresos ...ya es otra cosa. Pero la mayoría de los chicos acá, más allá de la experiencia que cada uno tiene de haber pasado por lo mismo, yo tengo muchos operadores, que estuvieron acá internados, después se rehabilitaron y después se formaron y trabajan acá. La fundación pagó el curso para todos los chicos... la formación la buscamos nosotros. No es algo que te obliguen... si la provincia te pide que tengas un cuerpo médico, que sería el psiquiatra o un médico. “

¿Se brinda tratamiento psicológico para el tratamiento de esta problemática en esta institución? De ser así ¿desde qué enfoque se trata?:

“Los psicólogos vienen por semana y tienen una charla por semana con cada chico. Por ejemplo ahí tienes el listado de los chicos, y hoy viene una de las psicólogas y ella tiene por ejemplo 7 chicos en uno o dos días, o como ella lo acomode. Después otro día viene otra de las psicólogas y entre ellas se dividen y atienden a los chicos. Y los ven una vez por semana a cada uno, como si vos fueras a una terapia. Eso es lo que es la parte terapéutica.”

¿Bajo qué paradigma y concepción de sujeto se enmarcan los abordajes implementados?:

“La reducción y la prevención es todo mentira. Porque no es una solución eso, que si vos vas a consumir 10 consumas 2, seguís consumiendo... la reducción de daños .sería, si tomas 5, toma 2, si te fumas 10 porros fúmate. Nosotros ni cerca estamos de eso. Nosotros es 0, consumo 0. No porque si no estoy mintiendo. Y la prevención es todo mentira. Porque si yo consumo y vengo y me interno, no hubo ninguna prevención, ya consumí. La prevención es una mentira porque no hay charlas...”hay charlas”, pero no hay una prevención. Cuanto hace que no ves una propaganda en contra de las drogas...sabes quien la hizo la última...Maradona. No hay una campaña de carteles, ni nada, ni siquiera en el país, en la provincia. El tema de la prevención...no previene el gobierno, no previene la provincia, no previene la municipalidad y nosotros como

comunidad terapéutica, ni todas las que hay, no prevenimos porque no tenemos el espacio para prevenir.”

¿Es necesaria la vinculación de esta institución con otras instituciones para llevar a cabo los abordajes necesarios en cada caso? Y de ser así ¿Con qué instituciones? Y ¿de qué manera se efectúa dicho proceso?:

“Nosotros somos Comunidad Terapéutica, eso se le llama cuando vos vivís adentro de la Comunidad Terapéutica. Eso iba a desaparecer en un momento. Nosotros trabajamos con gente que estuvo internada en Oliveros, que estuvo en el carrasco, en Agudo Ávila, en el Centenario, que estuvo en todos los centros provinciales o Municipales. Nos llaman de esos lugares porque tenemos mucha relación. Acá yo tengo chicos que han estado internados durante meses. Yo trabajo con instituciones que a lo mejor me derivan chicos que no los pueden tener. Tengo vínculo con otras comunidades, pero con los que más tenemos es con la provincia y A.P.R.E.C.O.D. Con la municipalidad de acá de Rosario no tengo...tuve una sola vez...firmamos un convenio pero nunca me lo pagaron. Desde el estado no recibimos prácticamente nada...es más pedimos por favor que vengan a ver qué estamos haciendo y acá nunca vino nadie, podríamos estar haciendo cualquier cosa...no hay una supervisión, una regulación.”

¿Se realiza un seguimiento del paciente cuando finaliza el tratamiento o debe ser derivado a otra institución?:

“Nosotros tenemos legajos del primer chico que entró hasta hoy y todos los meses le mandamos un informe a A.P.R.E.C.O.D, eso lo hacen las psicólogas y lo tengo que firmar yo. Eso está bueno porque por ahí te aparece un pibe que no conoces y te dicen los tratamientos que ya hizo o si no viene de hacer nada. En eso trabajamos con A.P.R.E.C.O.D, le llenamos la planilla...está bueno para que se siga al chico o a la chica o a la persona que está entrando en toda Comunidad, o sea vos pedís un legajo a A.P.R.E.C.O.D y te dicen mira, ya hizo tratamiento en acá se fue, hizo tratamiento en allá, se fue...cada institución le manda un informe y ellos tienen un legajo del chico.”

¿Existen obstáculos o limitaciones a la hora de implementar los abordajes e intervenciones mencionadas? De ser así ¿Cuáles?:

“Si un millón, nosotros tratamos de no focalizar en eso porque sería perder el tiempo, hoy día a día, vos imagínate, nosotros tenemos cinco casas, de las cuales tres no pago alquiler, acá pago alquiler y en otra casa también. Le doy de comer más o menos por día

a 60 personas, los 365 días del año, acá cobran todos sueldos, menos yo... los impuestos los pago yo, la provincia no me reduce los impuestos de nada, tengo que pagar como cualquier hijo de vecino. La parte económica es un factor...y es luchar todos los meses.

Nosotros acá no le cobramos a ningún chico, porque la modalidad que tenemos es que si hay algún chico que tiene la necesidad de internarse, lo internamos igual aunque no tenga posibilidad económica, Hoy un tratamiento según SEDRONAR sale una fortuna y el 99 por ciento de los chicos que nosotros trabajamos, nosotros trabajamos con una clase social que no tiene posibilidad de pagar ni él ni su familia, una mamá no puede pagar 70 mil pesos por un tratamiento...Nosotros nos sustentamos con ofrendas de gente que ofrenda a partir de donaciones de todo tipo, algunos con dinero, otros con alimentos otros con ropa, otros con materiales, entonces eso lo que me evita a mi es gastar en eso. Después tenemos donaciones que lo hacen a través del banco y ofrendas que nosotros llamamos ofrendas porque nosotros... esto no pertenece a ninguna iglesia, pero nosotros si nos congregamos todos en una iglesia evangélica. La iglesia donde nosotros vamos nos da la ayuda de tener tres casas sin pagar alquiler. Pero nosotros tenemos acá un problema, vos pedís donaciones para los chicos con adicción y no te dan ni un paquete de yerba, pedís para la casa de las nenas y te llueven y lo que no entienden es que las nenas si no tienen contención, son los próximos internados en los próximos 7 u 8 años.”

Entrevistado número 3.

Datos del entrevistado.

Nombre: Tomás Verger.

Título y cargo que desempeña: Psicólogo. Director de una institución perteneciente a la esfera privada, que funciona como Centro de Día.

Entrevista.

Preguntas de caldeamiento.

Cuénteme acerca de sus estudios, profesión y cómo llego a trabajar en esta institución:

“Soy de formación Universitaria Psicólogo, y la orientación de trabajo, la orientación de abordaje clínico, lo que orienta la práctica en la institución es el psicoanálisis Lacaniano.”

En qué área se desempeña y cuál es su función en la misma:

“Hay que decir que Comunnitas tiene varias unidades, varios dispositivos, este puntualmente es uno de ellos, que es un Centro de Día, hay otro Centro de Día, la Cede Centro, que funciona especialmente abocado a la población trans. Yo soy el director a cargo de esta Sede, la Sede Sur.”

Historia de esta institución. Objetivos, visión y misión de la misma:

“Comunnitas es una institución que se propone dar respuesta a la multiplicidad de formas a partir de las cuales se presenta el sufrimiento subjetivo. Dentro de eso, se puede abarcar la cuestión de las adicciones, o los mal llamados consumos problemáticos, pero la particularidad que tiene la institución es que en el marco de un tratamiento, lo que se propone es la formación y la inserción laboral, como algo que pueda estar como una de las patas, de las perspectivas, en el marco del tratamiento.

La institución no es una institución pública, pero sí tiene articulaciones con el Estado en distintos niveles y participa de la Red Pública. Pero no es estrictamente una institución pública, es una institución particular. Hay co-gestiones, que son convenios con el Estado, donde se acuerdan determinadas cuestiones, para atender a una población específica.”

Preguntas para recabar datos.

¿Cómo está conformado su equipo de trabajo?:

“Cada dispositivo, cada una de las unidades de la institución, de esta gran institución que es Comunnitas, tiene distintos equipos de trabajo en cada dispositivo, que está integrado si por distintos profesionales del campo de la salud, hay psicología, hay psiquiatría, hay medicina clínica, hay trabajo social, hay fonoaudiología, hay nutrición, hay musicoterapia.”

¿Cuál es la concepción de adicción desde la que se trabaja en esta institución?:

“Si uno toma como referencia fundamental “El malestar en la cultura” de Freud (1930), Freud plantea que la sustancia, el tóxico, era una muleta...el “Pharmacom” tiene una

doble cara, entonces no necesariamente el consumo es un problema. Lo que uno constata clínicamente, es más bien que ahí donde está la sustancia, ahí hubo algo con lo que el sujeto no cuenta, o donde el sujeto tiene dificultad, fundamentalmente para hacer el lazo con el otro, para hacer con su propio cuerpo y aparece el tóxico como un modo, como un recurso, más que como un problema. Esto no quiere decir bajo ningún punto de vista que el consumo sea alentado.

A mi modo, y esto si hablo en nombre propio, el mal llamado consumo problemático es un sintagma que circula frecuentemente. Consumo problemático no me parece lo más apropiado, porque en realidad lo que uno constata, que en muchos sujetos el consumo no es problemático, es una solución.”

¿Cuál es el procedimiento realizado ante la consulta de un sujeto o un familiar que recurre a la institución por una problemática de adicción a sustancias psicoactivas?
¿Cuáles son las intervenciones que se implementan?:

“Hay consultas de todo tipo, hay derivaciones de efectores y hay casos que llegan espontáneamente, que escuchan en los medios de comunicación el nombre de la institución, que conocen a alguien que vino y entonces vienen y tocan la puerta. De ahí hay un proceso de admisión que es fundamental, porque lo que en la admisión se intenta ubicar, es si el dispositivo, Centro de Día en este caso, que no deja de ser un dispositivo ambulatorio, va a ser suficiente para poder atender a la problemática del sujeto o no.

En torno a la dirección de un tratamiento, es a partir de ubicar la función del tóxico, o los tóxicos...en general lo que uno ve hoy en día también es el policonsumo, es decir que hay varios tóxicos y lo que también se añade a esta perspectiva, que es muy interesante, es que el tóxico no quiero decir es una sustancia prohibida, en el sentido de que no es lo que la ley prohíbe, el tóxico es lo que puede venir a ese lugar, es una x, digo alguien puede consumir indiscriminadamente agua, con las consecuencias que eso puede tener para alguien. La orientación de un tratamiento es ubicar cuál es la función de esa sustancia de la cual un sujeto hace uso y eso permite ahí donde esta sustancia cumplía una función, bueno...tratar de justamente identificar que otra vía puede venir a suplir ese lugar, que ese tóxico, la sustancia o x, se ubicaba ahí.”

¿Cuáles son los profesionales que participan de las intervenciones implementadas? Y
¿Qué papel desempeña cada uno en el mismo?:

“En realidad, lo que la experiencia nos ha enseñado, uno podría decir que cuando alguien llega al dispositivo institucional y se dirige a cualquiera de los miembros del equipo, se establece un lazo, que desde el psicoanálisis se llama transferencia, que puede tener tintes amorosos, tintes más hostiles, pero la transferencia no sabe de diplomas...y entonces en ese punto no hay el diploma que venga a determinar una función en el dispositivo, sino que es un sujeto... un sujeto que se dirige a alguien. La institución, esto si hay que decirlo, se encarga de preservar a raja tabla la intimidad de los sujetos y si aquí lo que no sucede es esta cuestión en torno a los grupos.”

¿Qué estrategias de abordaje se implementan en el caso de un paciente que llega a la institución en situación de emergencia por abuso de consumo?:

“Si el sujeto requiere algo de mayor complejidad, si está en condiciones de ser internado, es decir si tiene criterio de internación o no...habría que ver...por ejemplo si alguien llega con un familiar, se le transmite esto al familiar, se le sugiere que lo conduzca al dispositivo adecuado, fundamentando el motivo.”

¿Existen pautas o lineamientos en los cuales se base la institución para establecer los abordajes e intervenciones implementadas? De ser así ¿Cuáles?:

“En cuanto a la Ley creo que es un tema que está establecido, hay lecturas que se hacen de eso, cada uno tiene su interpretación del texto de la ley y eso tiene sus consecuencias lógicamente. Esta institución surge un poco en el marco de lo que ha permitido lógicamente, la nueva ley, que ya no es nueva, la 26.657, que justamente incluye esta posibilidad, de cómo las personas pueden también en el marco de un tratamiento insertarse laboralmente y también incluye... si no recuerdo mal es en el artículo 4... que incluye las adicciones en el campo de la salud mental, que antes no era necesariamente así. Bueno eso es algo que obviamente ha permitido un trabajo posible.

El asunto es el siguiente, es decir...hay un punto en donde tenemos que hacer una lectura más allá de la cuestión meramente de lo que está establecido en términos del derecho o de la ley. Es decir...vamos a decirlo de la manera más gráfica posible, un sujeto consume x sustancia, no importa cuál y en determinado momento la frase que alguien escucha es: “No puedo parar de hacerlo” “No quiero hacerlo, pero no puedo para de hacerlo”, o “Empiezo con un vaso y no puedo parar”, es decir hay una dimensión que escapa a cualquier posibilidad de regulación, por ende si escapa a cualquier posibilidad de regulación, escapa a cualquier legalidad posible, es una

dimensión en donde la ley no funciona. El asunto es como alguien puede inventar una forma para regular eso que escapa o eso que no tiene ley, esa dimensión de anomia subjetiva, para llamarlo de algún modo, ese es el punto.”

¿Recibió y/o recibe algún tipo de capacitación específica para el abordaje de esta problemática? De ser así ¿por parte de que organismos y/o instituciones?:

“En general me he servido de la orientación de la enseñanza de Jacques Lacan fundamentalmente y de determinados psicoanalistas que han continuado su enseñanza. Lo que orienta un tratamiento es el discurso psicoanalítico.”

¿Se brinda tratamiento psicológico para el tratamiento de esta problemática en esta institución? De ser así ¿desde qué enfoque se trata?:

“Obviamente hay una lógica de un tratamiento, de cómo un tratamiento debe ser llevado a delante, hay una lógica del abordaje y que determina que conviene que un sujeto haga o no haga...digamos hay una lógica de tratamiento que se declina de un caso, hay una lógica clínica por supuesto. ¿Esto de donde se extrae?, se extrae de determinadas entrevistas individuales psicoterapéuticas, (si querés llamarlas así), que se puedan tener con una persona y también de la modalidad que un sujeto presenta en el día a día, de la cual uno puede hacer una lectura.”

¿Cuál es el campo de acción y el rol específico del psicólogo en los abordajes implementados en esta institución?:

“Hay entrevistas de admisión, hay veces que en determinados momentos se realizan entrevistas individuales y después si hay las intervenciones a nivel de los espacios de trabajo, que son espacios productivos, porque al ser la institución un dispositivo que articula lo terapéutico y lo laboral, hay espacios cooperativos. Son cooperativas de trabajo formalmente conformadas, que se proponen la inserción de las personas es ese marco y que obviamente lo que son los espacios productivos, son el lugar para que se desarrollen y ahí si hay varias personas presentes del equipo de la institución.”

¿Bajo qué paradigma y concepción de sujeto se enmarcan los abordajes implementados?:

“No es el ideal abstencionista lo que orienta, porque el retiro abrupto de la sustancia en determinado momento de la vida de alguien puede tener consecuencias muy complejas, como puede ser el intento de quitarse la vida por ejemplo...eso por un lado. Tampoco es

la reducción de daños, es decir que es un paradigma más reciente en términos de cronología...si uno se adentra a definir qué es la reducción de daños, hay que comprender...también la reducción de daños es un gran abanico donde hay múltiples factores que hay que contemplar...entonces tampoco diría que lo que nosotros hacemos es reducción de daños. En realidad lo que plantearía es que la institución se ofrece como un lugar en donde un sujeto puede darse la chance, lo diría así, de encontrar un modo diferente de vivir y que su sufrimiento no sea tan infernal. Acá uno se deja enseñar por los sujetos que asisten al dispositivo, al revés.

Igual hay que decir que hay distintas perspectivas y la erradicación de la sustancia es una. A muchos sujetos eso le funciona...a otros no. Hay determinados momentos en donde las internaciones, que necesariamente introducen una separación física con la droga son imprescindibles, porque si hay una desregulación tal que implica eso o porque está en juego la vida de una persona, etc... etc... eso es a calibrar en cada caso. Muy caso por caso y cada caso particular, esa es una orientación de la institución.

En cuanto a la concepción del sujeto, es una concepción psi, digamos de alguna perspectiva del campo psi y la del sujeto de derecho. Por otro lado, si para un sujeto uno puede decir que el consumo no necesariamente es un problema, eso está en las antípodas de concebirse como una enfermedad. En realidad la perspectiva que orienta y que es lo que enseña Lacan en torno a la cuestión del tóxico, de las drogas, es que el tóxico viene a cumplir una función en la estructura subjetiva de un sujeto. Hay tantos usos de la droga como sujetos hay en el mundo...es un punto muy particular.”

¿Es necesaria la vinculación de esta institución con otras instituciones para llevar a cabo los abordajes necesarios en cada caso? Y de ser así ¿Con qué instituciones? Y ¿de qué manera se efectúa dicho proceso?:

Eso es imprescindible en el punto que, cuando un usuario llega derivado tiene tratamientos anteriores, viene de determinado hospital, viene de determinada clínica, viene derivado de algunos centros de salud, etc., etc., y eso implica la articulación.

¿Se realiza un seguimiento del paciente cuando finaliza el tratamiento o debe ser derivado a otra institución?:

“Hay sujetos que vienen y que permanecen vinculados al dispositivo institucional durante largo años, hay otros que hacen su recorrido y lo interrumpen y eso implica que después se hallan insertado en otro dispositivo, que no requieran más del

dispositivo...que también está muy bien, hay otras personas que interrumpen y al tiempo retoman...es decir...es muy relativo. Es un recorrido también muy personal que hace cada uno.”

¿Existen obstáculos o limitaciones a la hora de implementar los abordajes e intervenciones mencionadas? De ser así ¿Cuáles?:

Si...limitaciones puede haberlas, digo las limitaciones y los obstáculos están en todo momento.

Entrevistado número 4.

Datos del entrevistado.

Nombre: Ariel

Título y cargo que desempeña: Psicólogo. Jefe de servicios del Área de Salud Mental de un Hospital Municipal, de 3º nivel de complejidad,

Preguntas de caldeamiento.

Cuénteme acerca de sus estudios, profesión y cómo llegó a trabajar en esta institución en qué área se desempeña y cuál es su función en la misma:

“Soy Psicólogo, me recibí en el año 1987, a partir de ahí hice la residencia de pregrado en el 86 en el ECCA y hubo una oportunidad de hacer una concurrencia a ad honorem que estuvo hasta el 93, después del 93 al 98 tuve como un contrato...una contratación transitoria que duró hasta el 98, y pase a planta como contratado... pase a planta permanente y desde el 2012 quedé como Agente de Servicio, el Servicio de Salud Mental del ECCA.”

Preguntas para recabar datos.

¿Cómo está conformado su equipo de trabajo?:

“El equipo de Salud Mental está formado por cuatro psicólogos, y una psiquiatra, lo que pasa que hay dos compañeras, una psicóloga y una psiquiatra que por el tema de la pandemia están licenciadas, una desde que empezó la pandemia no está trabajando y otra por una cuestión ya hace más de medio año que no está trabajando, o sea que ahora somos menos personas las que estamos trabajando y contamos con ese plantel.”

¿Cuál es la concepción de adicción desde la que se trabaja en esta institución?:

“La adicción para nosotros, para el equipo de Salud Mental, es un efecto de condiciones subjetivas, condiciones sociales de vida, etc. A veces la adicción es un síntoma, a veces no llega a ser un síntoma, es una manifestación de la estructura subjetiva del paciente y de las condiciones de vida sociales. Pare que sea un síntoma la persona lo tiene que sentir como un problema que quiere resolver y que no puede resolver...que le haga algún un conflicto y que reconozca que eso le impide seguir con la vida que quiere seguir. La adicción es un elemento más. ... la adicción no es una enfermedad en sí misma, es un elemento más, es un malestar...”

¿Cuál es el procedimiento realizado ante la consulta de un sujeto o un familiar que recurre a la institución por una problemática de adicción a sustancias psicoactivas?

¿Cuáles son las intervenciones que se implementan?:

“El abordaje es entrevista con los pacientes, algún apoyo psicofarmacológico, y en algunos casos que sea necesario un acompañamiento terapéutico. El abordaje específico es de todos los pacientes, con cada paciente se trabaja de manera específica, porque no todos los pacientes con adicción o que consumen tienen las mismas características, eso va de acuerdo a la situación singular. Se trata a cada caso en particular.”

¿Cuáles son los profesionales que participan de las intervenciones implementadas? Y ¿Qué papel desempeña cada uno en el mismo?:

“Se trabaja conjuntamente...depende...depende como esté el paciente, si hay que medicarlo va primero a psiquiatra, si no vamos en forma conjunta, no el psicólogo solo, depende como se presente la situación.”

¿Qué estrategias de abordaje se implementan en el caso de un paciente que ingresa en situación de emergencia por abuso de consumo?:

“Primero, esos pacientes llegan a la guardia y los estabilizan los médicos de guardia y después si se procede de igual manera, se realiza entrevista en Salud Mental, psiquiatría y psicología y después generalmente si no está en tratamiento se deriva, se contacta con algún centro de salud, o si es necesaria alguna internación se contacta la posibilidad de donde derivarlo, siempre se contacta con algún centro terapéutico, Cuando hay internaciones, en esos casos se aprovecha y se trabaja para que la persona se pueda preguntar por eso y reconocer que es algo que le genera dificultades.”

¿Existen pautas o lineamientos en los cuales se base la institución para establecer los abordajes e intervenciones implementadas? De ser así ¿Cuáles?:

“La pauta es regirse por la Ley de Salud Mental, lo que tiene me olvidé de decirte, que por ahí centraliza o con lo que contamos a nivel de la municipalidad se llama “La Estación”, es como un centro de día...faltan lo que si, como en todo esto más dispositivos”

¿Recibió y/o recibe algún tipo de capacitación específica para el abordaje de esta problemática? De ser así ¿por parte de que organismos y/o instituciones?

“Capacitación específica...hemos tenido algunos cursos generales que hizo la secretaría de Salud Publica en su momento...pero no es un hospital específico de adicciones, llegan pacientes con un consumo, con una adicción, pero no es un hospital donde se internan pacientes con adicción específicamente. Es un hospital de tercer nivel, de alta complejidad, un hospital de agudos, el paciente entra por una cuestión orgánica fundamentalmente y algunos son...esta cuestión orgánica es porque algunos son adictos o algún efecto también de su problemática de adicción.”

¿Bajo qué paradigma y concepción de sujeto se enmarcan los abordajes implementados?:

“Se enmarcaría en la reducción de riesgos y daños... en la Ley de salud mental...”

¿Es necesaria la vinculación de esta institución con otras instituciones para llevar a cabo los abordajes necesarios en cada caso? Y de ser así ¿Con qué instituciones? Y ¿de qué manera se efectúa dicho proceso?:

“Siempre se contacta con algún centro de salud o algunas instituciones. Ahora se trabaja con una institución que se llama “Comunnitas” o lo que se llama “Crea”. Son fundaciones que tienen convenio con el Estado, pero que no pertenecen al Estado. Según tengo entendido muchas de ellas tienen convenio con el Estado y el Estado paga el tratamiento.”

¿Se realiza un seguimiento del paciente cuando finaliza el tratamiento o debe ser derivado a otra institución?:

“Una vez que se le da el alta se deriva generalmente a su centro de salud o a alguna institución, pero no hacemos un seguimiento nosotros, hacemos solamente la

internación, hasta que se pueda derivar y coordinar el ingreso al tratamiento en alguna institución.”

¿Existen obstáculos o limitaciones a la hora de implementar los abordajes e intervenciones mencionadas? De ser así ¿Cuáles?:

“Si falta que haya más personal en los centros de salud... que haya más dispositivos, instituciones...hay que crear nuevas instituciones y que las instituciones cuenten con más recursos. Más recursos humanos y de instituciones y de dispositivos no? De acompañamiento, de seguimiento...”

Personalmente, ¿está de acuerdo con la forma de abordar actualmente esta problemática o cree necesario algún cambio? De ser así ¿Cual/es?:

“Lo que te vengo diciendo...yo estoy de acuerdo en abordarlo de forma interdisciplinaria, teniendo en cuenta las condiciones sociales también... la mayoría de la población con que trabajamos nosotros son de sectores marginales, y muchas veces interviene trabajo social...lo que falta es, de acuerdo a cada caso más recursos humanos y algún otro dispositivo de sostén, fundaciones...centros de día...etc.”

Entrevistada número 5.

Datos del entrevistado.

Nombre: Varinia Drisum

Título y cargo que desempeña: Medica. Directora de una institución perteneciente a la esfera privada, funciona como Centro de día y también como red o conexión entre las diversas instituciones a nivel municipal.

Entrevista

Preguntas de caldeamiento.

Cuénteme acerca de sus estudios, profesión y cómo llego a trabajar en esta institución:

“Yo me llamo Varinia Drisum, soy médica, de la Universidad Pública de Rosario, mi formación es fundamentalmente en Salud Pública y Gestión.”

En qué área se desempeña y cuál es su función en la misma:

“Soy parte de la institución desde que se crea, desde que se empieza a pensar en conjunto desde Secretaría en Salud y Desarrollo en aquel entonces, entre el 2015 y el 2016, yo ya venía trabajando en el tema vinculado a las políticas de drogas en instancias Provinciales, en los gobiernos de Binner y de Bonfatti.”

Historia de esta institución. Objetivos, visión y misión de la misma:

“La Institución se crea en el 2016, con la perspectiva de poder construir una referencia local y Estatal en relación al abordaje de los consumos y los problemas vinculados al consumo de sustancias.”

Preguntas para recabar datos.

¿Cómo está conformado su equipo de trabajo? :

“Es un equipo interdisciplinario, médico, psicólogo, antropólogo, comunicador, docente...”

¿Cuál es la concepción de adicción desde la que se trabaja en esta institución?:

“Nosotros partimos de que todos consumimos, vivimos en una sociedad de consumo que nos constituye como ciudadanos. En todo caso hay un pensador que es Bauman, que dice que dice que la diferencia en otros momentos de la humanidad del uso de las sustancias psicoactivas, en el sentido como colectivo y el sentido digamos que trasciende la satisfacción individual y como el status de consumidores, de las sociedades de consumo actuales, han ido fragmentando los lazos sociales y perdimos ese status de ciudadanos, para convertirnos en consumidores y es ahí donde las sustancias, sean legales o ilegales, empiezan a ocupar un lugar diferencial en la vida de los sujetos y complican más su tránsito por los trayectos, por donde quieran circular...proyecto de vida, intereses, intenciones y demás. Entonces nuestro paradigma de trabajo justamente tiene que ver con erradicar la idea de reinsertar a quien consume. Todos consumimos, o sea nadie nos cuestiona nuestro vino a la noche, o nuestro tabaco o lo que fuera, entonces, justamente el status de legalidad de la sustancia, es el que empieza a cambiar que tu consumo vale o no vale por un lado. Después hay que ubicar que hay datos concretos de salud, de salud pública, de las Naciones Unidas, de la O.M.S, en donde habla de cuáles son problemas verdaderos vinculados a los consumos, cuando hablamos de sustancias ilegales los problemas que tienen nuestras sociedades tienen que ver con las violencias asociadas a la ilegalidad, no tiene que ver con la cantidad de muertes o

enfermos por consumos, que bueno cómo plantea el paradigma de la lucha contra las drogas, donde el problema es la droga y esto nos engeuece a todos y nos obliga a ir por circuitos que no son los que destraban los procesos.

Nosotros hablamos de esto, desde la perspectiva de los problemas asociados a los consumos de sustancias psicoactivas, no hablamos en términos de adictos o no adictos y demás. Es una cuestión semántica que tiene un contenido digamos, entonces si nosotros decimos que todos consumimos, consumimos tecnología, celulares, ropa, juego, vino, cocaína, faso, yo que sé, las distintas cuestiones que están a mano digamos, de todos nosotros, todo el tiempo, o sea, la idea de aislar a una persona para alejarla de la sustancias es una idea que tiene patas cortas, porque bueno hay sustancias psicoactivas desde que el ser humano habita la tierra y en todo caso hay que repensar el vínculo con las sustancias, o sea, si yo me tomo un vaso de vino todas las noches nadie me va a decir nada, ahora si ese vaso de vino me lo tomo a la mañana antes de venir a trabajar, bueno...tiene que ver con eso, qué tipo de consumo, cuando, donde, de qué manera, en que ‘cantidad, en qué contexto. Entonces no es problema si consumís o no consumís, sino qué lugar ocupa en tu trayecto vital.

El término adicciones en todo caso se puede pensar en términos del viejo paradigma, ubicando ahí el problema y después bueno, para darle un poco de vuelta a esa idea, de poder pensar a los abordajes en contexto y en función de la realidad que impera...porque esto no es que alguien dijo no me gusta el término “adicciones”, pensemos en “consumo problemático”, hubo un colectivo, en todas partes, donde hace mucho empezaron a problematizar que la forma de conceptualizar el problema no traía ninguna solución, o sea el internar en una granja en el medio del campo durante un año a personas, no brindaba ningún beneficio a nadie y no solucionaba el problema. Porque esto, sustancias nos ofrecen a todos en todo momento, todo el tiempo, el tema es cuál es nuestro proyecto vital y qué vinculo establecemos con esa sustancia, entonces en ese sentido, bueno, tenemos que poder pensar esto, que ese consumo puede ser problemático o no, o sea lo que dijimos antes, si me tomo la copa a la copa a la noche está todo bien, si me la tomo para venir a trabajar...y bueno...hay que ver.”

¿Cuál es el procedimiento realizado ante la consulta de un sujeto o un familiar que recurre a la institución por una problemática de adicción a sustancias psicoactivas?
¿Cuáles son las intervenciones que se implementan?:

“Como nosotros tenemos una perspectiva que tiene que ver con la reducción de riesgos y daños, nosotros no ponemos en el centro a la sustancia, pensamos que el centro lo ocupa el sujeto, con su proyecto vital y pensamos en estrategias terapéuticas que se construyen con cada paciente y con su equipo de referencia. Tenemos un dispositivo de primeras escuchas que hace las primeras recepciones de la persona, entrevistas preliminares que ayudan a conocer un poco a la persona y a la situación y empezar a pensar desde allí que propuesta terapéutica, ya sea en nuestra institución, en un espacio singular, un espacio grupal, en espacio productivo o no, etc, o pensar en otra institución si fuera lo que mejor se adapte. No lo pensamos como una rehabilitación, si no como una propuesta, que los enlace con algunos proyectos. Sería como promover a los pacientes a otra instancia...son sujetos que atraviesan ciertas vulnerabilidades, distintas circunstancias en la vida y entonces el consumo puede jugar un rol ahí, que lo seste complicando más.

Nosotros partimos desde el paradigma de reducción de riesgos y daños, pero sin negar ninguna opción terapéutica. Es decir, no es que si hay un paciente donde hay que pensar en una estrategia abstencionista porque el problema que tiene que se asocia al consumo es muy complejo, se va en ese camino, pero si necesitamos trabajar con la abstinencia derivamos si o sí. Lo importante es el trabajo con el sujeto.

Hay que pensar en una perspectiva que se pueda trabajar con el sujeto y para pensar en una abstinencia no necesitas encerrar a una persona. Si hay que pensar por ejemplo, que la persona necesita una internación por algún motivo, siempre pensamos que esa internación sea lo más acotada posible porque lo dice la ley, que sea cerca de su núcleo vital, que no lo aleje de sus referencias afectivas, etc, etc. Y eso se instrumenta en otros lugares, esto es ambulatorio. Ahora, eso en el marco de una perspectiva terapéutica, puede haber distintos motivos por la internación, Ahora creemos que es posible trabajar con la o el sujeto en el espacio singular, donde nosotros podamos problematizar con un alguien que bueno...cuando se vincula con tal sustancia le va mal, o se pone mal o termina mal y entonces a lo mejor esa persona puede... trabajar la abstinencia en ese espacio, a veces más intensivo, a veces menos intensivo, a veces ambulatorio, a veces en internación. A veces en la internación no se logra la abstinencia tampoco. Entonces es eso, es pensar construir los proyectos singulares en función de las lecturas clínicas, obviamente ahí el rol del psi es central.”

¿Cuáles son los profesionales que participan de las intervenciones implementadas? Y ¿Qué papel desempeña cada uno en el mismo?

“Son equipos interdisciplinarios, psicólogos, comunicadores, hay antropólogos, hay docentes, o sea distintos perfiles, la mayoría psicólogos, pero yo soy médica”

¿Existen pautas o lineamientos en los cuales se base la institución para establecer los abordajes e intervenciones implementadas? De ser así ¿Cuáles?:

“No hay protocolos, en ninguna práctica en salud. Puede producir alivio... pero las comunidades terapéuticas más tradicionales que tienen, yo le digo el modelo Fordista, que primero pasan por esto, después pasan por esto y todos pasan por lo mismo y después te recibís de “ex adicto” y te dan un título de que te recibiste ahí. Bueno nosotros no creemos que eso funcione, eso es presuponer que a todos nos pasa lo mismo.”

¿Recibió y/o recibe algún tipo de capacitación específica para el abordaje de esta problemática? De ser así ¿por parte de que organismos y/o instituciones?:

“Si...bueno, cuando llevaba a cabo la tarea vinculada a lo provincial, al ministerio de salud y el gabinete social provincial, se generaron muchos espacio de producción teórica y de debates sobre el tema, con distintas referencias nacionales e internacionales en la materia, amén de los recorridos individuales desde cada uno de nosotros, que nos hemos formado, leído, estudiado y asistido a distintos espacios más formales o menos formales de formación al respecto. Y después también desde que abrimos la institución y toda la instancia previa de apertura de La Estación, hubo encuentros y debates con distintos referentes en el tema, si hubo muchas cosas, internas y para afuera con intercambios...etc. Hemos creado y generado con el municipio distintos espacios de debate y después bueno vino la pandemia, pero las instancias de formación, debate, supervisión y demás están vigentes. Después bueno, hay momentos de suspensión de determinadas propuestas en torno a que todos los servicios públicos de salud, están readecuados en el marco de la pandemia.”

¿Se brinda tratamiento psicológico para el tratamiento de esta problemática en esta institución? De ser así, ¿Cuál es el campo de acción y el rol específico del psicólogo en los abordajes implementados en esta institución?

“El rol específico del psicólogo estaría si en el espacio terapéutico individual del paciente. Depende del caso, generalmente se le da un espacio una vez por semana...también depende si ese paciente es propenso para participar de algunos otros espacios como ser el Centro de Día, que en este momento tenemos carpintería, huerta, punto digital y panificación.”

¿Bajo qué paradigma y concepción de sujeto se enmarcan los abordajes implementados?

“Históricamente los problemas, digamos los abordajes de los consumos de sustancias, históricamente... no es una realidad local si no es una realidad Nacional, están tercerizados en Organizaciones y fundaciones que hace 30, 40, 50 años, depende la historia, vienen tomando derivadas atenciones, muchas de estas atenciones, los abordajes y las terapéuticas de los consumos de sustancias psicoactivas, con distintos perfiles. La SEDRONAR, es una Agencia del Estado Nacional, que históricamente tiene a cargo la fiscalización de las drogas en la Argentina y tiene algunas patas que están vinculados también con los tratamientos y demás. Tiene que ver justamente con la historia de las políticas de drogas Nacional e Internacional, la “lucha contra las drogas”, en donde justamente pensar los abordajes de droga está asociado a la fiscalización del tráfico de drogas básicamente y de la legalidad. Eso es como una tensión actual, en donde hace unos años, unas décadas, hay una tensión con ese paradigma y se van llevando adelante, según la región, según el país, distintas cuestiones organizativas de los Estados y demás, que hace que eso se ponga en cuestión y que haya algunas modificaciones. En este sentido, en nuestro país se sanciona una Ley de Salud Mental y Adicciones, que se sanciona en el 2010 y se reglamenta en el 2013, que bueno, que empieza a poner un marco legal de como pensar las atenciones y los problemas asociados con la salud, justamente con el consumo de drogas, que son problemas de salud y no son problemas jurídicos. Entonces eso tiene un correlato en la región, en América Latina, en el mundo, en los debates de las Naciones Unidas y demás, en relación a justamente a como conceptualizar los problemas que atraviesan a la sociedad en relación a las drogas, que tiene que ver con poder conceptualizarlo con problemas de salud cuando se presentan, independientemente de la legalidad o ilegalidad de la sustancia. En ese orden, en el correlato asistencial, toda esa historia, tiene que ver con la existencia de instituciones , organizaciones sociales, eclesíásticas, , etc, que han ido haciéndose cargo de la atención, de la asistencia, de las personas que tienen problemas con las sustancias, que tienen problemas de salud y en ese mismo marco, una posición del Estado de tercerizar esas atenciones. Después están las

particularidades de cada lugar, como en Rosario, que existe, de los últimos 30 años, una historia de construcción de un Estado que tiene una gran presencia y que toma muchas aristas de la vida de la ciudadanía, y en eso ha construido una red de salud y social, una red sanitaria, pensando lo sanitario en un sentido amplio, que incluye obviamente esta problemática... que históricamente viene tomando problemas de salud complejos en el territorio, estos son los Centros de Convivencia Barrial, los Centros de Salud, en una articulación de Red Territorial, con las escuelas, con las organizaciones...etc. Entonces, bueno, hay una realidad particular en la ciudad, donde los problemas complejos, como los problemas asociados a los consumos de sustancias, vienen con una tensión y con un lugar en el circuito de atención, en la Red Pública Local. No es la regla en nuestro país digamos, sistemas locales, municipales, con un desarrollo del Estado como el de la ciudad de Rosario, no es lo que acontece en la mayoría de las ciudades del país. Dicho esto, si a partir de una agenda pública, que todos entendemos, conocemos el lugar que empieza a ocupar el tema drogas, en esta agenda, en la agenda pública, en la agenda política, se viene discutiendo en nuestra ciudad, en nuestra provincia, hace mucho tiempo, como pensar un abordaje que se enmarque en la Ley de Salud mental, en la 26.657, que justamente se lleve adelante una práctica asistencial en el marco de lo que dice la ley, la Ley Nacional de salud mental y Adicciones, que justamente tiene que ver con un abordaje que priorice lo ambulatorio, que esté lo más cerca del centro de vida de la persona, que se respeten los derechos de las personas, que la internación sea el último ratio. Bueno, qué implica pensar en los abordajes de los consumos y como conceptualizamos el problema, que el problema no es la sustancia, sino que hay una relación, que es lo que plantea el modelo multicausal, que es la relación entre la sustancia, el sujeto y el contexto. También nosotros trabajamos en escenarios y con realidades que atraviesan a una ciudadanía muy vulnerada, donde no estamos hablando que los lados que constituyen ese triángulo, es un triángulo equilátero, si no que el lado que constituye el contexto es un lado más largo, un lado que pesa mucho. Entonces bueno, todo eso hace a las lecturas necesarias para poder comprender mejor de qué forma pensar los abordajes, porque no hay una sola forma de pensarlo, tiene que ver justamente con pensar que cada persona es diferente y que no a todos nos pasa lo mismo, a pesar de que todos tengamos problema de consumo de sustancias. También el viejo modelo, el modelo ético jurídico, convive con este nuevo paradigma, no es que vino un paradigma a reemplazar al otro, si no que bueno...los poderes y las cuestiones que condicionan a la existencia de los distintos modos de ver están todavía todas vigentes, las leyes de drogas, la 23. 737, que es la ley de drogas que rige en nuestro país,

penaliza la tenencia para consumo personal, si bien hay toda una discusión que está vigente de la mano del activismo cannabico, del cannabis medicinal y los usos industriales del cannabis, con la ley que presenta curso del mes pasado, también pone en tensión la Ley de Drogas, igual que lo hace la Ley de Salud Mental, digo...se vienen cambios por un lado que tensionan los paradigmas y las prácticas institucionales y demás. No obstante, en ese marco, en el 2016, la municipalidad, en el marco del Gabinete Social de entonces, Gabinete de Cuidado actualmente, propone la creación de esta institución, dentro de digamos...las coordinadas que propone la Ley de Salud Mental, que tiene que ver con pensar en la dimensión de la intersectorialidad, por eso la constituyen dos secretarías. Pero también toda la creación y todo el desarrollo institucional viene de la mano de la Secretaría de Cultura, el Área de Deporte...bueno de los distintos actores que forman parte de la vida institucional de la ciudad, y trabajamos también desde ese lado con las instituciones y organizaciones. Nosotros desde una perspectiva de reducción de riesgos y daños, pero como siempre decimos sin negar ninguna opción terapéutica cuando ese sujeto requiere otro tipo de asistencia.”

¿Es necesaria la vinculación de esta institución con otras instituciones para llevar a cabo los abordajes necesarios en cada caso? Y de ser así ¿Con qué instituciones? Y ¿de qué manera se efectúa dicho proceso?:

“Sí, uno es que vienen derivados de la Red de instituciones públicas Estatales y no Estatales, o sea de un Centro de Salud, de un Hospital, de una organización, de un centro cultural, de cualquier actor institucional y también bueno un vecino, una vecina, un amigo, un referente afectivo de la persona que tiene problema se acerca y puede iniciar su acceso a la red de Atención a partir de un contacto con nosotros, si es alguien que nunca se atendió en la Red Estatal y lo requiere y no tenía vínculos institucionales y se inician a partir de aquí, o sea, funcionamos como puerta de entrada, como un primer nivel y también como una especie de segundo nivel, cuando nos derivan digamos. Y desde aquí cuando hay que pensar en otras instituciones, en otros actores institucionales, porque la propuesta aquí no es la correcta para esa persona, se articula con otras instituciones y se deriva desde aquí.”

¿Se realiza un seguimiento del paciente cuando finaliza el tratamiento o debe ser derivado a otra institución?

“Si si...en general no trabajamos nunca solos, trabajamos con otras instituciones, con los centros de salud, con alguna otra institución y entonces bueno, cuando un paciente

cesa sin indicación, obvio nos contactamos con el paciente, con algún referente afectivo, con la otra institución que esté vinculada al proyecto terapéutico y bueno, se intenta construir un camino posible.”

¿Existen obstáculos o limitaciones a la hora de implementar los abordajes e intervenciones mencionadas? De ser así ¿Cuáles?

“Limitaciones siempre va a haber, me parece que justamente el paradigma del que estábamos hablando antes es algo muy instalado ya en la sociedad, incluso como imaginario ¿no? Entonces me parece que en ese aspecto esa conceptualización, que tampoco es nueva, pero es un poco más reciente, cuesta instalarla. Hay una diferencia muy grande si en recursos, yo que conozco como trabajan en el SEDRONAR allá en Buenos Aires, y es abismal la diferencia, no así en tratamientos ojo, no así en la calidad de los tratamientos.”

Personalmente, está de acuerdo con la forma de abordar actualmente esta problemática o cree necesario algún cambio? De ser así ¿Cuáles?

“El Estado tiene que ir involucrándose cada vez más digamos en la temática, por lo menos acá localmente, pero falta un montón de trabajo porque bueno, hay instituciones que hace años llevan la misma práctica adelante y cambiaron los tiempos. Cada vez hay que ir aumentando las capacidades que el Estado tiene para poder llevar adelante lo mejor posible las prácticas asistenciales.”

Entrevistada número 6.

Datos del entrevistado.

Nombre: Cecilia Trabella.

Título y cargo que desempeña: Médica y toxicóloga. Trabaja para la Red de Salud Municipal.

Entrevista

Preguntas de caldeamiento.

Cuénteme acerca de sus estudios, profesión y cómo llegó a trabajar en esta institución.

“Mi profesión es médico, la matrícula es una matrícula provincial, del colegio de médicos de segunda circunscripción, la matrícula es 11.771, y en realidad yo primero como especialidad hice pediatría y luego como segunda especialidad hice toxicología. Así que mis principales ámbitos de trabajo dado esto, sigo siendo todavía el hospital de niños Vilela y también un poco por eso me tocó ver como se empezó a ampliar la población de pacientes a la que yo atendía, porque uno puede decir qué tiene que ver el Hospital de niños con el tema de las adicciones y sin embargo tengo muchos pacientes ahora que son propiamente del hospital con problemas de adicciones o bien que los veo de manera secundaria, porque sus mamás consumen y hay entonces problema de consumo y lactancia... pero bueno...”

En qué área se desempeña y cuál es su función en la misma

“Trabajo como pediatra y toxicóloga para la Red de Salud Municipal. Como es para la Red de salud Municipal es para donde haga falta, una de mis bases de trabajo es el Hospital de Niños Victor. J. Vilela, (que está en calle Virasoro 1855), donde veo casi exclusivamente niños o niños y niñas adolescentes y sus cuidadores. Después adultos veo en el CEMAR (es el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias, también municipal), veo muchas mujeres bueno...en situaciones de parto, de puerperio inmediato, mediante la Maternidad Martin y después es mucha interacción con la Atención Primaria en Salud de la Red Municipal también.”

Preguntas para recabar datos.

¿Cómo está conformado su equipo de trabajo?

“En el único lugar que yo pertenezco a un equipo de trabajo que es más o menos estable y ya formado, que se llama equipo interdisciplinario, es en el Hospital Vilela, ahí hay un equipo interdisciplinario pero que no aborda solamente situaciones de consumo, si no que aborda situaciones en general de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes y hace de articulador con otras instancias, con secretarías, inclusive con ministerio...bueno articula para tomar la situación en particular de ese niño, niña o adolescente. Ahí yo formo parte de ese equipo que como te digo, aborda otras situaciones, vulneración de derechos en general, abuso físico, emocional, negligencia, mal trato, bueno y dentro de eso está el consumo de sustancias, que pueden ser de manera directa por los niños, niñas y adolescentes o como te decía en relación con un consumo materno y exposición a través de la lactancia. En los otros lugares, los equipos

se arman como que para cada paciente. Una cosa es la Maternidad Martín, que por ejemplo tiene los psicólogos y psicólogas asignados al piso de la Maternidad, entonces en general cuando se me interconsulta por una paciente ahí en la Maternidad, la interconsulta me llega de la mano de algún compañero o compañera de psicología. Y después en general uno va sumando actores como bueno...servicio social, trabajo social. Y bueno después cuando se articula con alguien de Atención Primaria en Salud (APT), ahí también te pasa que depende de qué Centro de Salud, yo tengo mucho contacto con psiquiatra, psicólogo, trabajador/a social, de algún Centro de Salud, por un paciente. Y así en los distintos Centros de Salud, digamos que soy yo la que se suma a los equipos ya existentes de la Atención Primaria.”

¿Cuál es la concepción de adicción desde la que se trabaja en esta institución?

“Esa es una parte que en la facultad nos enseñan al revés, porque nos enseñan como a partir de las enfermedades y en realidad se tendría que estudiar a partir de los pacientes.

Si uno se plantea en la infancia, en la adolescencia, en la mujer embarazada, y lactante, todos esos consumos los planteamos como problemáticos, como que sería deseable que no consumieran y después el resto....lo que pasa es que lo de problemático...a veces...eso es lo que se evalúa en cada caso, si es realmente problemático, problemático porque se transformó en el eje de la vida del paciente a punto de afectarle sus relaciones familiares, laborales, su independencia, su autonomía o le ha generado conflictos con la ley.

Imagínate que la mayoría de los pacientes que vienen a requerir, a plantear que necesitan ayuda, plantean desde sus propios términos como: “vengo porque no quiero seguir con esto”, “vengo porque no doy más” y otras veces es por pedidos de terceros, a veces el tercero son familiares o a veces el tercero es la justicia. Entonces bueno, como se plantea uno frente a ese sujeto es desde donde se problematiza o no el consumo. A veces el tercero que plantea el problema no es el paciente, es un padre, una madre, un cuidador, que a lo mejor revisándole las pertenencias le encontró un porro entonces lo trae de los pelos al consultorio, entonces nosotros le explicamos, así no trabajamos, ese consumo...entonces hay que ver qué cosa se problematiza.

Está claro que hay edades de la vida, hay grupos atareados, momentos de la vida como el embarazo y la lactancia que está muy bien problematizar porque ahí se va la vida y la salud y el futuro y digo, se dañan estructuras y se dañan funciones que no todas son

recuperables y que van siempre en desmedro de la calidad de vida de una persona, entonces está muy bien plantarse en decir, si yo problematizo el consumo de alcohol en un niño/niña o adolescente, está bien problematizar el consumo de cocaína en una embarazada, que no se naturalice como que no pasa nada. Eso está bien problematizarlo, porque hay circunstancias y momentos y grupos etarios que está bien problematizar y otros en que la postura es escuchar lo que el paciente necesita, que demanda el paciente en esa consulta y qué está dispuesto o dispuesta a hacer, lo que está dispuesto a veces es lo que puede ¿no?, entonces se negocia que hacemos.”

¿Cuál es el procedimiento realizado ante la consulta de un sujeto o un familiar que recurre a la institución por una problemática de adicción a sustancias psicoactivas? Y ¿Cuáles son las intervenciones que se implementan?

“A partir de cada paciente vos tenés cursos diferentes del mismo paciente...imagínate que el paciente ya venga de hacer algún recorrido institucional previo, que ya venga de haberse atendido en tal o cual lugar, a lo mejor lo que el paciente requiere en ese momento es retomar un tratamiento. Entonces si lo que el paciente requiere es retomar, uno a lo mejor lo que hace es de nexo para contactar a los profesionales, que a veces son los mismos, que a veces son otros, del mismo Centro de Atención Primaria o de la misma Organización, las mismas ONG.

Te diría que se resume en qué se puede hacer para esa persona, en ese momento en particular. Lo único que se podría generalizar es que al abordaje siempre tiene que ser en equipo, eso sí, con la gente de atención primaria o la gente del hospital. Después lo otro generalizable es cuando un paciente te plantea que por algún motivo a la circunstancia en la que si se va a abstener de consumir tal sustancia, si se plantea desde lo médico, un tratamiento que haga que el paciente no sufra las consecuencias de la abstinencia, las consecuencias físicas, entonces ahí sí hacemos seguramente intervenciones farmacológicas para evitarle los signos y síntomas de la abstinencia y como siempre uno sabe que son momentos de mucha disforia, de mucha incomodidad para el paciente, digo esto en contraposición con algunas posturas, de algunas O.N.G basadas en la religión, que le dicen al paciente, vos quédate allá hasta que se te pase y bancatela a la abstinencia porque es parte del castigo que te toca, por ser un pecador consumidor, ¿se entiende?.

El tratamiento también depende de las herramientas con las que se cuenta, desde lo individual, digo, desde el lado del paciente, porque a veces vos te encontrás con que

hay...la familia ampliada nosotros le decimos, atrás, digo, al costado, con el paciente hay alguien más que se interesa y que se hace parte de ese proceso terapéutico, alguien con el que vos decís, con esta persona cuento, entonces es amigo, amiga, hermana, pareja, hijos, padres, alguien...y vos lo pones de tu lado, en el sentido de decir bueno, vamos juntos para el mismo lugar. Así que va desde las herramientas que pueda traer o pueda tener el paciente, hasta las herramientas institucionales que van desde el tratamiento en equipo y a modo ambulatorio, a ese modo ambulatorio con algún taller, en Comunnitas, en Crea o en algún lugar con el que se tiene algún tipo de convenio, hasta el otro extremo, porque siempre planteamos como extremo el caso de la internación, como una situación que a veces la situación te lleva a la necesidad de internación y uno lo plantea, pero siempre dejándolo como una instancia extrema. Imagínate que si la internación la consideramos en un extremo, mucho más la internación compulsiva y hay que actuar en situaciones si y solo si uno cree que el riesgo es inminente y es riesgo de vida, para sí o para terceros.”

¿Y en esos casos se interna ahí mismo?

“Si se puede se le da lugar el hospital general y a veces como yo te contaba, tengo una paciente en el Agudo Ávila, porque estaba internada en el Hospital Roque Sáenz Peña que es un hospital general y llegó a un punto que viste...es tan particular, tan individual cada situación. A veces te pasa cuestiones que bueno no se los pacientes roban medicamentos...son tan diversas las posibilidades por las cuales vos decidís ya este lugar no puede brindarle nada más al paciente ¿y ahora qué? Tenemos pacientes internados en geriátricos. O sea es tan diversas... las posibilidades...bueno en Oliveros, donde figuraba uno de los monovalentes más grandes de la provincia, cuando empezó esto del desarmar los monovalentes, el Oliveros había...la provincia alquiló en su momento algunas casas, en las que pacientes que, tenían que tener la condición de ser independientes y autónomos en su manejo cotidiano, se podían cocinar...no usaban pañales por ejemplo, podían higienizarse solos, solas, ir al baño...y se alquilaban algunas casas en las que algunos pacientes se iban a convivir, porque ya llevan tanto tiempo de internación, institucionalizados, que habían roto todo lazo familiar y no había... a lo mejor se revisaba el caso, se podía ir de alta y no tenía donde...y entonces vos qué hacías, lo transformabas en un habitante de la calle.”

¿Cuáles son los profesionales que participan de las intervenciones implementadas?
¿Qué papel desempeña cada uno en el mismo?

“Depende mucho de donde está parado el paciente en ese momento, con que se cuenta ¿no? Las situaciones son muy distintas, yo sí por ejemplo tengo pacientes que “comparto” con profesionales de La Estación. Pero mira, por ejemplo un paciente lo tengo con la gente de Salud mental de La Estación, que son dos psicólogas que están trabajando con migo, una situación de un paciente que tiene una adicción a los opioides, pero ese paciente tiene una patología, que hasta el día de hoy, le causa dolor, y todavía no se ha podido solucionar. La solución de esa patología es quirúrgica, la cirugía se va a llevar a cabo en el Hospital Provincial, entonces yo estoy conectado por ese paciente, bueno con la gente de La Estación, pero estoy con los cirujanos, traumatólogos del Hospital Provincial. O sea es un equipo muy particular que se formó para este paciente.

Si bien uno en casi todos los tratamientos de otras patologías siempre se individualiza, pero acá cómo hay que involucrar muchos actores a esto de individualizar y cómo cobra tanta relevancia trabajo social, enfermería, salud mental, derecho bueno...realmente muy muy importante todos los actores, porque vos le vas dando respuesta de a poquito a un aspecto de la vida del paciente y de manera indirecta y hace que termine...redunda en un menor consumo porque resulta que...bueno...está todo muy muy ligado, pero realmente yo creo que pocas patologías tan ligadas a lo social como los consumos problemáticos.”

¿Qué estrategias de abordaje se implementan en el caso de un paciente que llega a la institución en situación de emergencia por abuso de consumo?

“Si, suponte que la puerta de entrada de ese paciente sea la guardia, porque llega con una urgencia, a ver la urgencia puede estar relacionada directamente o indirectamente con el consumo. Imagínate que llegó por un accidente de tránsito, pero que se estroló en la esquina porque había consumido, entonces cuando vos le haces...aparece el consumo, formando parte del combo que llevó al paciente al accidente de tránsito, otras veces entra en como alcohólico, entonces imaginate, En esas circunstancias el primero en abordar es el médico, porque primero hay que salvarle la vida al paciente. Y cuándo la va a abordar el psiquiatra y el psicólogo...bueno después, cuando se pueda, tal vez en un segundo tiempo, no porque sea más importante, sino porque la urgencia a veces está puesta en la circunstancia. A veces el paciente ingresa con una crisis subjetiva, suponerte una crisis subjetiva de irritabilidad o rompo todo o de mutismo, lo que sea. Esa crisis subjetiva es muy probable que el equipo de salud, igual sea el primero en recibir, el médica, la enfermera, el enfermero, pero tal vez ellos sean los que habilitan

en una primera intervención, al profesional de salud mental., porque pone diagnóstico, crisis subjetiva, vamos a llamar a la psicóloga, al psicólogo o al psiquiatra que está de guardia. Entonces, depende cuál sea la puerta de ingreso...y a veces es derivación. Nosotros estamos atendiendo ahora a un matrimonio muy jovencito que está con una bebé de ocho meses y que a mí me llega del centro de salud a llega a mi consultorio de toxicología, motivo d derivación, razón social. Y la razón social es todo un combo a ir desarmando, dentro de lo cual hay una nena de ocho meces, a la que una una mamá que consumía le daba la teta, bueno, entonces empezás ahí a desarmar y bueno, está entonces el centro de salud, la generalista que atiende a la mamá, el pediatra que atiende al bebé y bueno. Entonces casi siempre somos muchos actores, pero la verdad es que las puertas de entrada al sistema de salud, son muy diversas, puede ser desde atención primaria y el primero que recibe puede ser el trabajador social, puede ser el psicólogo, la psicóloga, el enfermero, la enfermera, que acá cumplen un rol fundamental, porque imaginate que en atención primaria es la persona que está todo el día, mientras que el médico o la psicóloga van en un horario determinado, entonces. Es como que...yo creo que aquí se hace un poco responsable de no hacerse el distraído y de ver lo que haya que ver, primero al que le toca, que podes ser vos o puedo ser yo.

En el caso de necesitar internación, en el hospital Vilela por ejemplo se interna en el mismo hospital, lo cual suscita más de una vez problemas con el resto del equipo de trabajo y a veces nos ha pasado de quedar hasta te diría una sala entera inhabilitada por el ingreso de un paciente. Ahora está lo que te contaba sala 5, sala 5 tiene aparte de espacios que son pensados para la consulta externa, para el paciente que está en condiciones de seguir un tratamiento externo o ambulatorio, aparte sala 5 tiene una cama de internación, esa cama de internación que tiene sala 5 es para el paciente que realmente crea un problema tan serio en otras salas o no se dan las condiciones físicas del lugar, por que pasa que tenés un lugar en sala 2, digo sala 2 porque es un ejemplo de una sala en mi hospital que está en planta alta y bueno en planta alta se nos pasó alguna vez decir bueno, acá hay una ventana sin protección, no podemos poner acá un chico o chica....”

¿Existen pautas o lineamientos en los cuales se base la institución para establecer los abordajes e intervenciones implementadas? De ser así ¿Cuáles?

“Bueno, se trata en ese sentido sí de respetar la Ley de Salud Mental, en sentido de internar en polivalentes, en un hospital general. Por ejemplo si vos me preguntas yo

ahora, en este momento tengo una paciente internada en un monovalente, que es el Hospital Agudo Ávila, que quedó como monovalente a pesar de que se trata de abrir y bueno...por eso te digo, no es todo tan tajante y de hecho no lo pudo ser desde el momento de la implementación de la Ley de Salud mental, nunca pudo ser todo tan tajante, porque la realidad es que aunque la ley diga que el paciente se tiene que internar en un hospital general, vos tenés muchas limitantes, desde la misma limitante que te pone tu compañera o tu compañero que te dice acá ese paciente no se puede tener porque no se no están acostumbrados o no acuerdan con el método que en algún momento puede ser un paciente que necesita sujeción física por ejemplo, se pone en cuestionamientos indicaciones de la psiquiatra, el psiquiatra, bueno...hasta algunas cuestiones que de verdad no se está preparado desde lo edilicio...entonces bueno la verdad es que lo que se intenta cuando hay que internar, es internar en un lugar que sea un polivalente, un hospital general y muchas veces se termina derivando a estas instancias...a estas instituciones...te buscan un lugar, tenemos bueno en Cañada de Gómez, en localidades aledañas a la ciudad de Rosario también hay, son instituciones a veces ligadas a la religión, a veces no...imagínate que esté ligado a la religión...ojo, nosotros le agradecemos...antes que nada, hacen algo, pero bueno ya ahí ligado a la mano de la religión, imagínate que implica todo una cuestión de castigo, punitivo, abstencionista...”

¿Recibió y/o recibe algún tipo de capacitación específica para el abordaje de esta problemática? De ser así ¿por parte de que organismos y/o instituciones?

“Claro, en realidad yo mi formación la tengo como especialista en toxicología. Si vos me preguntas, la formación como médico es muy escasa y es más como tipo informativa, más de contenidos lo que recibimos en la carrera, como les pasa a ustedes en psicología creo, de contenido pero poco de trabajo en equipo. Y creo que las capacitaciones a nosotros nos han sido requeridas por equipos de salud, para decir, “yo no sé cómo tratar esto”, bueno y creo que hay que plantearse como una tarea a realizar y a perpetuar en el tiempo y que debe involucrar a todo el mundo, a todo el mundo significa, que en una capacitación, si vos planteas una capacitación de cómo abordar a un paciente con problemática de consumo, en esa capacitación tiene que estar enfermería, trabajo social, psicología y de echo la administrativa o el administrativo y la señora, el señor que hagan la limpieza en el lugar, la mucama, tiene que estar todo el mundo entendiendo que esa paciente o ese paciente tienen en algún punto requerimientos especiales. Es como hoy, hoy si vos armas un equipo para que te

mantenga en condiciones un quirófano, vos me vas a decir que no vas a convocar al que hace la limpieza, ¡sí!, porque no se limpia como limpias vos la vereda de tu casa, entonces el administrativo, que hace, entra y sale del quirófano con el pelo...no, el administrativo también sabe. Entonces lo que yo digo, que hay que hacerlo más extensivo, más intensivo también.”

¿Se realizan estas formaciones en la actualidad?

“No, solo a pedido y los que piden son...fijate que los pedidos salen en general de equipos y salen de las residencias. Si vos te pones a pensar, también tiene lógica porque es un lugar de formación, la residencia es cuando se forma como recurso humano. En mi hospital, todas las capacitaciones...en realidad es esto, es juntarse entre colegas y hablar y decir, a vos qué te parece, qué harías, qué herramientas tenés, qué herramientas habría que agregarle, funciona...bueno, esto se plantea mucho desde las residencias. Porque la residencia tiene esa base de esa sed permanente, de que hago... si...como hago. Bueno ya que a los médicos nos encantan los protocolos, acá cuando a uno le plantean este tipo de capacitaciones, lo que se tiene que plantear es que no existe un protocolo, sino que hay modos de abordaje y que los modos más exitosos, hablando de éxito en el sentido de poder ayudar a un paciente, son los que se abordan en equipo y ya juntarse a hablar de esta temática, uno lo toma como una instancia de capacitación ¿no?, porque le das lugar a las inquietudes, a las preguntas, a planteos de tus compañeras y tus compañeros de trabajo. En realidad, si, han salido pedidos de atención primaria y de las residencias, pero creo que parte del problema que es que esto no está sistematizado. Mira en la administración anterior, que yo trabajé para ella, pese a que yo pertenezco al staff de salud municipal, yo fui prestada digamos así, a la provincia y entonces preparábamos capacitaciones desde provincia, por ejemplo en el manejo de consumo agudo en alcohol y otras sustancias, embarazo y consumo, lactancia y consumo. Y después bueno, ahora que estoy de vuelta con todas mis horas de trabajo en la red de salud municipal, se preparan desde el municipio, si, si, si el municipio tiene como que dar respuesta en términos de la capacitación, pero creo que también tiene que ver con que cuando se pide una capacitación en estos términos, a veces la gente un poco espera eso de la magia, que vos le vayas a llevar como te decía, el protocolo, que tengo que hacer y más o menos plantearlo como, el protocolo como un flujo grama...bien...y no es así...la gente espera la solución mágica y la solución mágica no existe, no existe esto, sino que justamente la patología es tan compleja, los consumos están ahí imbricados con tantos sub problemas de salud, sociales, económicos...lo social está tan metido.”

¿Se brinda tratamiento psicológico para el tratamiento de esta problemática en esta institución? Y de ser así, ¿Cuál es el campo de acción y el rol específico del psicólogo en los abordajes implementados en esta institución?

“En el Hospital, siempre que se puede se trata de que la terapia psicológica el paciente reciba en Atención Primaria, por una cuestión de territorialidad, porque le va a resultar mucho más fácil la continuidad de un tratamiento cuando lo comenzó y el Centro de Salud le queda a dos cuadras de la casa, simplemente por esa razón. Ahora si también nos ha pasado con mis compañeras, las psicólogas del Hospital, en circunstancias donde un niño, una niña o un adolescente en una crisis subjetiva o una situación que involucró por otro lado el consumo, recibió a lo mejor los primeros abordajes los hizo el equipo del Vilela, y después ese paciente quiere seguir con el equipo del Vilela. Entonces si quieren seguir con el Vilela, se le hace lugar, a pesar de que el equipo está realmente muy sobrecargado de cosas, súmale que ahora el equipo del Vilela sumó ahora una nueva sala, que se llama Sala 5, para que los chicos y chicas, que no necesariamente tenga patologías relacionadas con Salud Mental, tengan un espacio ahí de encuentro, lúdico, bueno...justo ahora el encuentro está un poco acotado por la situación pandémica, pero si no en realidad también estaba pensado como un espacio de encuentro con otros y con otras. Pero bueno, que eso también depende, la situación en el Hospital puede seguirse tratando en el Hospital, situación que cuando se da, tratamos de que al paciente por ejemplo, le coincidan los turnos, vienen con migo a toxicología, vienen con la psicóloga y tal vez tiene alguno de control pendiente con cardiología...bueno tratamos de hacerle coincidir los controles para que no ande deambulando mucho por aquí por allá. Pero bueno a veces queda en el Hospital y las más de las veces es cuando uno trata de hacer el contacto y la referencia o contra referencia con el Centro de Salud, y muchas veces es más, nos vamos enterando de cómo le fue y en qué anda el seguimiento del paciente, nos enteramos por los contactos que tenemos con el generalista, la generalista o los pediatras.”

¿Bajo qué paradigma y concepción de sujeto se enmarcan los abordajes implementados?

“Depende, imagínate que si la que viene a plantear un consumo problemático es una embarazada o una mujer en período de lactancia, claro que la postura es abstencionista, porque allí les aclaramos la situación en la que están poniendo a ese feto, o en el caso de la lactancia, bueno en el caso de la lactancia, si se quiere, es más sencillo porque vos ponés a esa mujer e la situación de decidir la lactancia es un derecho, pero también es

una obligación de cuidado sobre tu hijo o tu hija, entonces si vas a consumir, no es compatible el consumo con la lactancia. En este caso se requiere abstinencia, si no lo vas a poder sostener se le hace la propuesta de la supresión de la lactancia. Y eso puede sonar...pero como la supresión...y si...en realidad estamos viendo nenes y nenas internados con cuadros de excitación, de convulsiones o de muerte súbita en relación a los consumos maternos durante la lactancia. El resto de los pacientes, te diría que a veces, como te planteaba niños, niñas y adolescentes, bueno los que consumen cocaína y bueno depende, la verdad que a veces son nenes, nenas y adolescentes que están no solo como consumidores si no que están metidos, son parte del circuito del narco comercio y es muy difícil plantearse la abstinencia. Te lo estoy planteando en situaciones donde la abstinencia sería un ideal, porque no tienen que estar en ciertas edades consumiendo cocaína, pegamentos, marihuana o alcohol, pero es algo común. Imagínate que saliendo del consumo por la lactancia, tenemos pacientes de 8 o 9 años, es esas situaciones sí uno tendría que plantearse que la situación ideal es la abstencionista, pero lo que pasa es que no siempre se puede, nosotros lo que planteamos con el equipo de salud, con el equipo interdisciplinario, a veces decimos bueno acá en esta circunstancia, el consumo es uno de sus problemas y a veces te digo, no es para restarle importancia, pero a veces es uno de sus menores problemas...viven en situación de calle, en cercanías de narco comercio, prostitución...entonces ahí sí, el abordaje no puede ser una cuestión rígida que si uno se planta en el abstencionismo o decirle bueno que consumo porque igual si...no, la verdad que se evalúa cada situación, súmale a que en cada situación es raro que el consumo es de una única sustancia.

Entonces también la sustancia tiene lo suyo, si bien el eje uno lo centra no en la sustancia, si no en el paciente, la sustancia tiene lo suyo y hay algunos consumos que mirados desde el lado de la sustancia son más peligrosos que otros, entonces por ejemplo la piba que te dice consumo cocaína, alcohol y tabaco común... ¿vos le vas a plantear que deje de consumir tabaco común? Y bueno, no, tal vez no empecemos por ahí, no porque no sepamos que el tabaco causa cáncer, si lo sabemos, pero bueno en esas situaciones decimos, bueno ¿por dónde empezamos?, haber ¿en qué situación está? ¿Qué te exige la ley por ejemplo para poner a una persona en libertad condicional? O en una detención domiciliaria, como nos ha pasado con algunas mujeres que tienen niños pequeños a su cuidado y que la ley te pide que inicie un tratamiento para poder hacer una detención domiciliaria. Entonces bueno, todo eso se tiene en cuenta para ver que se puede hacer.

Te vuelvo a decir, si uno se para en la infancia, en la adolescencia, en la mujer embarazada y durante el período de lactancia, todos esos consumos los planteamos como problemáticos, como que sería deseable que no consumiera ¿no? Y después el resto...lo que pasa que lo de problemático a veces se pone...eso es lo que se evalúa en cada caso, si es realmente problemático, problemático por que se transformó en el eje de la vida del paciente, al punto de afectarle sus relaciones familiares, laborales, su independencia, su autonomía o le ha generado conflictos con la ley. Imagínate que la mayoría de los pacientes que vienen a requerir un... a plantear que necesitan ayuda, lo plantean desde sus propios términos como: “vengo porque no quiero seguir con esto”, “vengo porque no doy más” y otras veces es por pedidos de terceros, pueden ser familiares o a veces el tercero es la justicia. Por eso te digo, como se planta uno frente a ese sujeto, es desde donde se problematiza o no el consumo, no te olvides que a veces también nos pasa que el tercero que plantea el problema no es el paciente y es un padre, una madre, un cuidador de un adolescente que a lo mejor revisándole las pertenencias le encontró un porro y entonces lo trae de los pelos al consultorio entonces nosotros le explicamos, así no trabajamos. Entonces ese consumo...hay que ver qué cosa se problematiza. Pero sí está claro que hay edades de la vida, o sea hay grupos etarios y momento d de la vida como el embarazo y la lactancia en los que está muy bien problematizar, porque ahí se va la vida y la salud y el futuro y...digo, se dañan estructuras y se dañan funciones, que no todas son recuperables ¿no? Y que van siempre en desmedro de la calidad de vida de una persona. Entonces ahí yo creo que está muy bien plantarse, como decir, si yo problematiza el consumo de alcohol en un niño, una niña o un adolescente, está bien problematizar el consumo de cocaína en una embarazada y que no se naturalice como que no va a pasar nada. Eso está bien problematizarlo porque hay circunstancias y momentos y grupos erarios en los que está bien problematizar y otros en que la postura es escuchar lo que el paciente necesita, escuchar que demanda el paciente en esa consulta y qué está dispuesto a hacer, lo que está dispuesto a veces es lo que puede. Entonces se negocia qué hacemos. Vos sabes que hay también una corriente que habla de la reducción de daños y bueno uno acepta, uno también puede puede plantearse también si consumir dos atados de cigarrillos versus medio atado, es una reducción de daños, bueno, no hay que olvidarse que también uno viene del palo de la salud y la salud es un derecho, entonces uno también tiene que presentárselo de ese modo al paciente que viene a la consulta, vos tenés derecho a saber que daño puede ocasionar el consumo y tenés derecho a saber la salud pública tiene para ofrecerte...que tiene para ofrecerte, que herramienta, puede ser un

curso para dejar de fumar, ¿te interesa?, bueno, entonces vos por ahí actúas simplemente como un motivador y nada más y lo pones a lo mejor en contacto con la persona que lleva a cabo el curso para dejar de fumar. Y otras veces es... escuchar qué quiere y qué puede esa persona, creo que estamos...más allá de los paradigmas es eso, qué puede esta persona ahora.”

¿Es necesaria la vinculación de esta institución con otras instituciones para llevar a cabo los abordajes necesarios en cada caso? Y de ser así ¿Con qué instituciones? Y ¿de qué manera se efectúa dicho proceso?

"Yo sí por ejemplo tengo pacientes que “comparto” con profesionales de La Estación. Pero mira, por ejemplo un paciente lo tengo con la gente de Salud mental de La Estación, que son dos psicólogas que están trabajando con migo, una situación de un paciente que tiene una adicción a los opioides, pero ese paciente tiene una patología, que hasta el día de hoy, le causa dolor, y todavía no se ha podido solucionar. La solución de esa patología es quirúrgica, la cirugía se va a llevar a cabo en el Hospital Provincial, entonces yo estoy conectado por ese paciente, bueno con la gente de La Estación, pero estoy con los cirujanos, traumatólogos del Hospital Provincial. O sea es un equipo muy particular que se formó para este paciente.

Uno se contacta con otras instituciones, con las que terminas completando esa red, porque no es que yo me contacto con La Estación por ejemplo, porque a mi paciente lo mando la psicóloga, con la psicóloga charlamos después en qué momento, en qué punto estamos y además se buscan otras herramientas que esas instituciones de la red ofrecen, ahora acotado un poco por la pandemias, pero el hecho que vos tengas un taller de oficios o taller artístico o una actividad deportiva...algo...y ofrecerle además al paciente, por esto de tratar de ir mostrándole otras caras de la vida, otros aspectos, otras actividades que le pueden hacer sentir placer, porque no nos olvidemos que si estamos hablando de los consumos problemáticos, estamos hablando de sustancias que sí, claramente te brindan placer, si no, no habría ningún problema de adicción, nadie se hace adicto a algo que lo hace sentir mal, es claro que las sustancias causan placer y que cuando uno las problematiza, por que el paciente las problematiza y te dice “no puedo más”, “no quiero seguir así”, a veces el no puedo más es por demanda familiar, porque perdió el trabajo, porque perdió mucha plata, porque no tiene más plata para comprar, porque no quiere salir a robar para comprar, bueno los planteos pueden ser muy variados, entonces cuando está esto problematizado, está muy bueno que la oferta del

otro lado no sea solo decirle, bueno haber vos vas a iniciar una psicoterapia, vos vas a venir para que yo te haga controles clínicos, para ver si esta droga que utilizaste, ya tuvo algún impacto, dañó algún órgano, vamos a ver cómo vamos manejando la abstinencia, a veces hay que “corregir”, lo digo entre comillas, ayudar al paciente a reorganizar cosas básicas, como que duerma de noche y esté despierto de día, como que haga por lo menos tres o cuatro comidas en el día porque viene de pasarse días enteros sin dormir o sin comer. Entonces ahí está lo médico, lo psicológico y está lo artístico, lo deportivo y el taller del oficio, que a veces se presenta, a veces también como una salida laboral inmediata o un lugar también de encuentro con otros, con otras, un lugar en donde esa persona sienta que no se la va a estigmatizar, donde va a ser alojada, donde no va a ser expulsado o expulsada, porque esa es otra cosa y esto deriva en un camino que lejos de haberse de correr, es un largo camino, el del estigma, el de sacarle el sello a una persona, porque vos podés tener tenido en tu vida una situación, en un momento dado de tu vida de consumo, pero como le sacas a esa persona el título de “ el drogón, la drogona”, modos despectivos de llamar para siempre a una persona que a lo mejor tuvo un problema en un momento. Eso es una construcción o mejor dicho una deconstrucción que lleva mucho tiempo. Si bien yo creo que hay más apertura a reconocer que la persona que tiene un padecimiento relacionado a un consumo, tiene tanto derecho a recibir, tanto lo asistencial, todo lo que le pueda brindar el sistema de salud, tiene tanto derecho como cualquiera. Si bien yo creo que hay más apertura a reconocer que la persona que tiene un padecimiento relacionado a un consumo, tiene tanto derecho a recibir tanto lo asistencial como todo lo que le pueda brindar el sistema de salud, que tiene tanto derecho como cualquiera, pero si bien esta mirada un poco cambio, todavía queda mucho por construir y todavía estos estigmas de los que hablamos están y estos modos todavía existen, se viven desde el mismo profesional de la salud, a veces nos pasa, no vamos a dar nombres, pero te pasa en la Maternidad Martín, cuando tenemos muchas pacientes con consumo que van a parir a sus hijos y a veces te pasa que el colega obstetra...quedará muy feo que yo me refiriera en esta entrevista que estamos llevando a cabo, que te diga cómo les llaman a una mujer que va a parir ahí y que consume...y vos decís es un colega tuyo y está en salud y no podés...todo lo malo que le achacamos al modelo hegemónico, bueno hay gente que lo tiene muy internalizado, es una deconstrucción muy difícil esa, la de plantearse yo estoy acá, pero estoy al servicio del paciente, no vengo a decirle lo que tiene que hacer, yo vengo a decir ¿vos porqué llegaste acá? Y ¿qué necesitas?, ¿en qué te parece que yo te puedo ayudar? Y en todo caso a veces el paciente te dice no sé, yo sé que necesito

ayuda, bueno ahí está también el arte de curar, el arte de hacer algo muy artesanal, que es esto de interpretar...haber, una parte es interpretativa, otra es bastante objetiva, es decir, el paciente llega y me dice esto, me dice: “por favor ayúdame”, bueno y el resto es que se puede ¿no? “

Personalmente, está de acuerdo con la forma de abordar actualmente esta problemática o cree necesario algún cambio? De ser así ¿Cual/es?

“Sí, si los cambios son necesarios siempre, porque son dinámicas, son tan dinámicas estas problemáticas que de echo sería muy necio decir que está todo bien así como está. Pero básicamente no está bien como está, porque esto de la Ley de Salud Mental y Adicciones, que planteaba el tema de no a los monovalentes, yo creo que hasta en eso, generalizar y ser tan tajante en eso también nos juega en contra, porque hay circunstancias que son de verdad muy límite, situaciones límite en las que sí lo que necesitábamos era un monovalente. Y vos fijate como pasa ahora en el Vilela, dentro de un hospital general, la readecuación de una sala que está explosivamente para internación en patología en salud mental. Entonces, sí, yo creo que hay mucho por revisar, creo que uno de los principales problemas a mejorar, que es en la actualidad un obstáculo, es que los hospitales generales...vos fijate cómo rápidamente si se readecuo para Covid, y salud mental, bueno no es una pandemia, pero eso es endémico y nunca se terminan de readecuar los hospitales generales, para recibir a pacientes con padecimientos predominantemente mentales, no únicamente porque bueno, toso tiene su correlato, pero si yo creo que tiene que terminar de ponerse en la práctica, la Ley de Salud Mental tiene muchas cuestiones, una letra muy linda, pero que si vos la dejás en el papel, es la nada misma. Entonces yo creo que sí, hay mucho por mejorar, en cuanto a...muchos equipos de salud de los hospitales generales o atención primaria, te plantean, te piden capacitación, porque te dicen: “yo de esto no sé”. Esa es otra deconstrucción para hacer, “de esto yo no sé”, sería como si yo te dijera estudié para ser médica y para atender `pacientes rengos de la pierna derecha. Es una cosa...es inadmisibile, bueno, ¿cómo no?...bueno creo que también tiene que ver con esto, mientras sigamos hablando de salud y de salud mental como por separado, es hasta lógico que el equipo de salud, te diga: “yo esto no lo sé”, “yo a este paciente no lo puedo tratar”. Entonces cuando vos empezás a desmenuzar, en todos los equipos, claro que hay herramientas. A ver decime, vos que sos psicóloga, que la escucha no es una herramienta.”

Entrevistada número 7.

Datos del entrevistado.

Nombre: Agustina Tagliamonte

Título y cargo que desempeña: Licenciada en psicología. Trabaja como psicóloga para un Hospital monovalente, perteneciente a la esfera pública.

Entrevista.

Preguntas de caldeamiento.

Cuénteme acerca de sus estudios, profesión y cómo llegó a trabajar en esta institución:

“Yo estudié Psicología, en la facultad de psicología de la U.N.R, me recibí en el 2014 y a partir de la pandemia empecé a trabajar en el Agudo Ávila, primero en un equipo de internación y después se creó un sector que se llama cuidados intermedios, que es parte de la guardia de la institución y ahora trabajo ahí desde octubre del año pasado.”

Historia de esta institución. Objetivos, visión y misión de la misma:

“El Agudo Ávila es un hospital monovalente, y ahora está en un proceso de transformación orientado a intentar dar las altas lo más rápido posible, ser congruente con la Ley de Salud Mental nacional vigente y se está... bueno, intentando acondicionar para eso, armando equipos que apuesten al trabajo territorial y a contener la crisis no solo desde la internación como la única posibilidad o por lo menos que no sea una internación demasiado prolongada o más prolongada de lo necesario. Así que bueno, ese es más o menos el contexto de trabajo.”

Preguntas para recabar datos.

¿Cómo está conformado su equipo de trabajo?

“Nosotros trabajamos en equipo interdisciplinario, yo soy la psicóloga, hay un psiquiatra, una trabajadora social y después hay enfermeros...eso sería como la conformación del equipo de trabajo mínima y después también hay abogados, que son del área jurídica del hospital, que muchas veces los convocamos para algunas estrategias cuando lo consideramos necesario, hay acompañantes terapéuticos, que también a veces son convocados...bueno empiezan a haber otras figuras posibles para

convocar, pero lo mínimo, el núcleo de trabajo mínimo es el equipo interdisciplinario que te nombré.”

¿Cuál es la concepción de adicción desde la que se trabaja en esta institución?

“Se intenta poner el foco en el consumo como el problema o sea...mejor dicho, se intenta no poner el foco en la sustancia como el problema, no es que bueno el problema es la cocaína o el problema es ...bueno lo que sea que consuma, si no es bueno, hay una relación con la sustancia que a veces deviene problemática y que eso problemático a veces es leído así por el usuario y otras veces es leído así por el entorno y no por el usuario, eso también arma otros problemas, porque a veces la familia da cuenta de los problemas que acarrea ese consumo tanto para ese sujeto como para la trama familiar, pero a veces el paciente dice no, no pasa nada, consumo de vez en cuando y no hay ningún problema, o a veces hay casos que consumen mucho, pero no quieren hacer nada con eso tampoco, entonces ahí bueno, lo problemático no siempre coincide o por ahí es problemático para nosotros, los que lo evaluamos y para su familia y para el paciente no lo es, entonces ahí hay varios planos de lectura del consumo problemático.”

¿Cuál es el procedimiento realizado ante la consulta de un sujeto o un familiar que recurre a la institución por una problemática de adicción a sustancias psicoactivas?

¿Cuáles son las intervenciones que se implementan?:

“En cuanto al procedimiento y las intervenciones no es algo que esté así muy protocolizado, en el caso de esta institución, se recibe una situación por la guardia, se evalúa si tiene criterio para permanecer internado, bueno, se arman las condiciones para generar la internación, si es alguien que viene consumiendo mucho en el último tiempo, se trata de ser muy exhaustivo en las preguntas respecto de qué consume, hace cuanto que consume, hace cuanto que no consume, para evitar problemas con el síndrome de abstinencia, con los signos y síntomas en relación eso, porque puede ser algo muy complejo a nivel orgánico, no sólo a nivel subjetivo, psíquico, así que se intenta atender a eso, y después se va escuchando...no sé si está tan protocolizado así de intervenciones concretas que se hacen o no se hacen.”

¿Cuáles son los profesionales que participan de las intervenciones implementadas? Y ¿Qué papel desempeña cada uno en el mismo?:

“Todos los profesionales que forman parte del equipo participan de la estrategia, y bueno el psiquiatra se ocupa más de la medicación y de prevenir problemas relativos a

la abstinencia y ayudar a que sea más llevadero el tránsito de dejar de consumir o de consumir menos, pero después tampoco está tan compartimentalizado, o sea, si hay especificidad de ciertas cuestiones del trabajo según la profesión de cada uno, pero también hay cosas que se comparten...vamos sobre todo teniendo entrevistas y en base a eso haciendo como una especie de diseño de la estrategia...bueno a quién convocar, a quién dejar un poco más de lado...bueno por ahí caen madres como muy pegoteadas con los hijos y entonces bueno intentamos poner así como una distancia cuando consideramos que es clínicamente pertinente eso y a lo mejor hacerle más lugar a otros actores...lo vamos viendo sobre la marcha digamos, a partir de las entrevistas con el usuario vamos definiendo como interviene cada uno.”

¿Qué estrategias de abordaje se implementan en el caso de un paciente que llega a la institución en situación de emergencia por abuso de consumo?:

“En el caso de situación de emergencia, bueno, depende lo que le esté pasando, no es lo mismo si hay un riesgo que es más clínico y ahí entonces ahí amerita una derivación a un hospital general para atender algunas cosas de riesgo más orgánico, que si lo que le pasó al paciente que consumió mucho a lo mejor hay algo más psicótico, está muy alucinado, está muy delirante...bueno depende de eso, si hay un riesgo clínico que no se puede abordar desde el Agudo, se hace la derivación a un efector...a un hospital general. Y si no se lo acompaña, se lo medica en función de lo que se valla evaluando que requiere, hasta que bueno, esté en condiciones de sostener entrevistas y seguir pensando en conjunto con él, pero básicamente es eso.”

¿Existen pautas o lineamientos en los cuales se base la institución para establecer los abordajes e intervenciones implementadas? De ser así ¿Cuáles?:

“La institución tiene muy presente la Ley de Salud Mental, la Nacional, al Provincial, la Ley de Derecho del Paciente (Ley 26.529), que son como los marcos más amplios, que ordenan la legalidad de la institución. La institución tiene así como un lineamiento general desde no un paradigma abstencionista, más de la reducción de daños, pero después también cada profesional va viendo como hace uso de esos lineamientos generales en su práctica particular.”

¿Recibió y/o recibe algún tipo de capacitación específica para el abordaje de esta problemática? De ser así ¿por parte de que organismos y/o instituciones?:

“Yo en particular no he recibido capacitación específica para la problemática de consumo. Yo hice la residencia en la R.I.S.A.M (Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental), con base en el hospital Eva Perón, Ahí hemos tenido algunos encuentros para pensar algunas cosas de eso, pero en el Agudo específicamente la verdad que no.”

¿Se brinda tratamiento psicológico para el tratamiento de esta problemática en esta institución? De ser así ¿desde qué enfoque se trata?:

“Se va escuchando cada situación, reconstruyendo como viene siendo esa historia, en qué momento eso devino un problema, si se agudizó en el último tiempo, por qué, por qué en este caso en la guardia de un hospital y en otras oportunidades no, qué está pasando ahora, qué consecuencias tiene eso que está pasando ahora y qué quiere hacer el paciente con eso y en base a todo ese panorama , bueno se van acordando algunas cosas, se van armando propuestas, se van haciendo articulaciones con otras instituciones...pero me parece que es situación por situación, no hay como una receta así, unos pasos a seguir estrictos, salvo esto sí del control clínico y de la medicación necesaria para contrarrestar digamos la abstinencia, eso sí.”

¿Cuál es el campo de acción y el rol específico del psicólogo en los abordajes implementados en esta institución?:

“El rol específico del psicólogo, al menos como yo lo entiendo, se abordan cada caso en singular digamos. Al no ser una institución que trabaje específicamente con problemáticas de consumo, con sujetos que tengan esa problemática digamos, lo que se hace es tratar de reconstruir en conjunto con el paciente, por qué ingresa al hospital, en el caso que sea una problemática de consumos, bueno poder historizar, desde cuándo, que implica esa problemática de consumo, cómo se produce, que función cumple para ese sujeto, que problemas le trae, si es que le trae algún problema, qué le interesa hacer con eso, dejar, no dejar, reducir, qué se lo impide...bueno como hacer una especie de mapeo subjetivo de cuál es la función...o cual es la relación que tiene cada sujeto con esa sustancia”

¿Bajo qué paradigma y concepción de sujeto se enmarcan los abordajes implementados?:

“Si, en realidad entendiendo que es una problemática atinente a la salud mental y así también lo incluye la ley, si, el enfoque es...no es un enfoque abstencionista, es un enfoque desde el paradigma de la reducción de daños, pero bueno al ser un hospital y es

un hospital donde se permanece internado y hay gente que básicamente vive, si bien no es la abstinencia el objetivo, también es un tema la cuestión del ingreso de sustancias y el consumo dentro de la institución, bueno eso produce un montón de otros vericuetos y complejidades, pero bueno si, en definitiva si es un paradigma y un enfoque de reducción de daños.”

¿Es necesaria la vinculación de esta institución con otras instituciones para llevar a cabo los abordajes necesarios en cada caso? Y de ser así ¿Con qué instituciones? Y ¿de qué manera se efectúa dicho proceso?:

“Nosotros por ahí cuando consideramos que el paciente se beneficiaría de una internación en un lugar donde haya personas que se han...que oficien de pares, en el sentido que sean personas también atravesadas por una problemática de consumo y que bueno quizás algo de esa grupalidad y de ciertas charlas o dinámicas que tengan que ver con el consumo, si pensamos que el usuario se beneficiaría de eso, a veces hacemos enlaces con lo que se suele llamar una granja o una Comunidad Terapéutica o con instituciones que tienen Centros de Día para abordar específicamente estas cuestiones o Talleres Protegidos. Entonces a veces nos comunicamos con A.P.R.E.C.O.D y a partir de ahí transmitimos el perfil de la situación, la singularidad del usuario y en base a eso lo que nosotros evaluamos que necesitaría, si sería mejor algo con internación, con alojamiento 24 horas digamos, si sería mejor algo que sea solo Centro de Día, si sería importante que haya alguna actividad productiva o no, si es importante que sea religioso el lugar, porque para el usuario eso es fundamental o al revés, que no lo sea. Bueno, tratamos de hacer una evaluación que también oriente en lo que consideramos que necesitaría o que le resultaría más útil al paciente y en base a eso después A.P.R.E.C.O.D nos indica con qué institución se podría conseguir una beca o se podría conseguir un lugar disponible y terminamos de hacer la articulación para que el paciente después del Agudo se valla para allá, a veces el Agudo lleva acabo todo el tratamiento y en otras oportunidades no, depende mucho de cada situación y de sus particularidades. No hay ahí una cuestión que sea burocrático, sino que es más bien clínica y haciendo un diagnóstico que sea de la subjetividad del paciente pero también diagnóstico situacional digamos, cual es la situación subjetiva, familiar, barrial, institucional, en la que se encuentra.”

¿Cuáles son las instituciones con las que articula A.P.R.E.C.O.D?:

“Entiendo que la mayoría son instituciones privadas, o por ejemplo está “Comunnitas” que creo que es privado pero recibe una especie de subsidio del Estado, ahí no se bien como se dan esos armados, me parece que algunos son así mixtos. O sea son privados pero reciben como una especie de subvención Estatal y hay otros que son privados pero hay como una especie de acuerdo, porque A.P.R.E.C.O.D lo que gestiona son becas para que el usuario no tenga que pagar nada, o sea que también hay un convenio Estatal, pero no sabría decirte más de las dependencias en relación a eso, eso tendrías que consultárselo a alguien que esté más interiorizado.”

¿Existen obstáculos o limitaciones a la hora de implementar los abordajes e intervenciones mencionadas? De ser así ¿Cuáles?:

“Respecto a los obstáculos, el mismo paciente, por sus características, por un lado quiere hacer algo con su consumo y por el otro lado no está del todo dispuesta a pagar el precio digamos...de lo que implica eso...o se le hace muy difícil salirse de los circuitos barriales donde venden en la esquina...bueno donde venden a la vuelta o lo busca el transa, o consume su familia, o sea también hay tejidos familiares y sociales muy complejos y si una persona tiene como esa vía muy facilitada, se le hace muy difícil dejar de consumir, no basta con la voluntad del sujeto, hace falta todo un armado en el acompañamiento afectivo e institucional, cuando una de esas patas falla, porque a lo mejor en la institución pasó algo que hace que no se lo pueda recibir al paciente y acompañar como lo requeriría o cuando falla la pata más familiar de acompañamiento, bueno todo eso hace que se dificulte todavía más el tratamiento. Me parece que son cosas que, salvo excepciones, es todo el tiempo un recomenzar, como bueno, un tiempo estuvieron sin consumir, después pasó algo, volvieron a consumir, tuvieron un tiempo sin poder para, a veces van al hospital a intentar ponerse un freno porque no pueden dejar de consumir y no pueden dejar de destruirse. Bueno me parece que es eso y a veces que las instituciones para trabajar necesitan que la población esté en ciertas condiciones, porque si los usuarios están muy en cualquiera hay un proyecto que no se pueden sostener, pero a la vez poner condiciones muy estrictas de admisión dificulta que una gran cantidad de población pueda acceder y entonces esa población que no accede, no puede como sortear los procesos de admisión de las instituciones e quedan sin lugar, entonces quedan como otra vez en los márgenes, entonces bueno...sin condiciones de admisión pasa cualquier cosa en las instituciones y no se puede sostener nada, entonces no se puede sostener nada, son re importantes, pero muchas condiciones de admisión si bien permiten otro tipo de trabajo mucho más interesante, también dejan

afuera a un montón de gente para la cual no hay ninguna propuesta, entonces eso me parece que también es un obstáculo a veces, es muy desgastante para el usuario que a veces queda afuera, a veces para la familia que no encuentra institución que lo pueda acompañar en ese derrotero y también para los trabajadores, porque hay veces que hay cosas que se hacen medio insostenibles no? Entonces eso es lo que a mí se me figura como obstáculo a veces.”

