

Universidad Autónoma de Entre Ríos
Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

***Narrativas de profesionales de la salud mental acerca de
sus concepciones sobre los abordajes terapéuticos de
consumos problemáticos.***

Autora: Selene Belén Mammarelli

Directores: Ps. Adriana Beade – José Gómez Colussi

Paraná, 10 de marzo de 2025



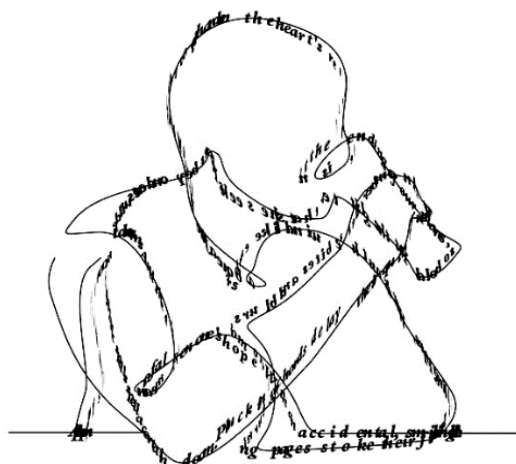
Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

RIDA Repositorio Institucional
Digital Abierto



FHAYCS
Facultad de Humanidades,
Artes y Ciencias Sociales

Universidad Autónoma de Entre Ríos
Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales

[illegible]

“Narrativas de profesionales de la salud mental acerca de sus concepciones sobre los abordajes terapéuticos de consumos problemáticos”

Modalidad: Investigación de campo
Licenciatura en Psicología

Autora: Mammarelli Selene Belen
DNI: 41906330

Mail: selemammarelli@gmail.com

Equipo de dirección:

Beade Adriana

Gomez Colussi José

Paraná (Entre Ríos) – 10 de Marzo 2025

AGRADECIMIENTOS:

*A todos aquellos que hicieron este camino posible,
a mi familia,
a Patricia y Gustavo, por su incansable compañía,
a mis profesores, compañeras y amigas,
a Adriana y José, por su acompañamiento en la dirección,
a la Cátedra de Salud Pública-Salud Mental
y especialmente a la Universidad Pública, por darme mucho más que educación...*

ÍNDICE

Resumen	5
Introducción	6
Situación problemática y justificación del trabajo	6
Interrogantes	9
Objetivo general	9
Objetivo específico	9
Supuestos o hipótesis	10
Estado de debate	10
Capítulo I: Marco teórico	15
Recorrido histórico acerca del consumo de sustancias	15
Sociedad de consumo	16
Subjetividad y época	19
Adicción, consumo problemático y toxicomanía.....	22
Marcos normativos: historización y debates.....	25
Entrelazamientos discursivos	32
Modelos de abordaje	35
Narrativas	40
Sobre un posicionamiento ético-político-epistémico en salud mental	41
Capítulo II: Marco metodológico	45
Tipo de diseño	45
Selección del contexto	45
Unidad de análisis y Unidad de información	45
Técnicas de recolección de datos	45
Técnicas de análisis de datos	46
Capítulo III: Análisis	48
“Centro Huella”: contextualización y caracterización institucional	48
Introducción al análisis de la información	49
Salud mental y consumos problemáticos.....	49
Demanda de análisis	53
Estrategias clínicas y subjetividad	59
Conclusiones	65

Referencias	68
 Anexos	 74
Entrevista al Director del Centro Huella	74
Entrevista Profesional de Enfermería	86
Entrevista Profesional de Psicología 1.....	97
Entrevista Profesional de Psicología 2.....	110
Entrevista Profesional de Psicología 3.....	119
Entrevista Profesionales de Medicina y Abogacía.....	126
Consentimiento informado	131

RESUMEN

Los consumos problemáticos forman parte de una problemática compleja que involucra múltiples factores y dimensiones. En nuestro país es abordado según distintos posicionamientos que habilitan prácticas profesionales y marcan las distintas perspectivas institucionales. A su vez, existen diferentes legislaciones que enmarcan esta problemática. Las tensiones entre las mismas abren debates y prácticas complejas dentro del campo social. La futura investigación indagará las concepciones acerca de los abordajes terapéuticos de consumo problemático, a partir de las narrativas de los profesionales de la salud mental y a su vez, analizará las tensiones entre los cuerpos normativos que legislan esta problemática y los debates actuales en el campo social. Para ello, se llevó adelante una investigación con trabajo de campo en una institución pública de la ciudad de Paraná especializada en consumo problemático.

A 14 años de la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, es relevante realizar un posible análisis respecto de dichas disputas epistemológicas y el modo en que se traducen estas contradicciones normativas en la ejecución de una política pública, para pensar en qué medida las prácticas realizadas sobre estos sujetos son pensadas desde el paradigma de los derechos humanos.

Desde el punto de vista metodológico, la investigación se sostiene a partir de un diseño de tipo cualitativo. La recolección de la información fue realizada a partir de entrevistas semidirigidas individuales y grupales, priorizando la voz de las y los actores/as implicados/as que conforman la unidad de análisis: los y las profesionales de los equipos interdisciplinarios del Centro Huella de la ciudad de Paraná (Entre Ríos). Para las técnicas de análisis de los datos, se utilizó una triangulación de métodos, dentro del cual se incluyó el análisis de frases significativas a partir de las entrevistas y análisis de documentos realizado en torno a diferentes marcos normativos y el “Protocolo de Admisión” del Centro Huella.

Palabras claves: Narrativas – Consumos problemáticos – Marcos normativos

INTRODUCCIÓN

Situación problemática y justificación del trabajo

Los consumos de sustancias constituyen una problemática compleja dentro del campo social, la cual debe ser abordada y definida teniendo en cuenta su aspecto multidimensional. Con el objetivo de problematizar algunas aristas, arribaremos a un recorrido que contemple diferentes dimensiones a tener en cuenta: sanitarias, jurídicas, económicas, políticas, son algunas de las tantas. A su vez, intentaremos abordar cómo interactúan y se entrelazan en nuestro país y en particular, en la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos, Argentina.

Históricamente, el consumo de sustancias psicoactivas y los significados asignados a esta práctica han ido variando con el tiempo. Si bien el consumo de sustancias es parte de la historia de la humanidad, no siempre fue una problemática social. Antiguamente se mantuvo asociado a prácticas culturales vinculadas a rituales y tradiciones (Trímboli, A., 2017).

Debe señalarse que el tráfico y consumo de sustancias comienza a constituir un problema social en el momento histórico en que la droga se desvincula de su significación tradicional como parte de equilibrios culturales que ligaban a actividades cotidianas o prácticas religiosas, para adquirir, en el marco de procesos de producción y acumulación de capital, carácter de mercancía. (Corda, A. y Frish, P. 2008, p. 3)

Legalmente en nuestro país, el consumo problemático se encuentra atravesado por diferentes normativas: la “Ley Nacional de Salud Mental” N° 26.657 sancionada en el año 2010 y la Ley N° 26.934 “Plan Integral para el Abordaje de Consumo Problemático” sancionada en el año 2014, las cuales comprenden al consumo como una problemática de salud mental. A diferencia de estas legislaciones, la Ley N° 23.737 denominada “Tenencia y tráfico de estupefacientes” sancionada en el año 1989, posee una concepción diferente del consumo de sustancias. Esta ley, dictamina diferentes sanciones, entre ellas la multa y la prisión, para quienes tengan en su poder o trafiquen drogas ilegales. En este sentido, el consumo se enmarca dentro de una perspectiva delictiva y un problema de seguridad para el Estado, del cual deben encargarse solamente aquellos organismos del Estado que controlan a la población. Según Trimboli (2017), esta ley es uno de los elementos centrales en el proceso de estigmatización de los usuarios de drogas, debido a que incrimina la tenencia de ciertas sustancias para uso personal, influyendo negativamente en el imaginario social, lo que obtiene como resultado la asimilación de “adicción” con “delincuencia” y la consiguiente exclusión del sistema de salud (p.160).

La Ley 23.737 no logró detener el aumento exponencial de oferta y demanda de sustancias legales e ilegales y a su vez, difundió el punitivismo de los más vulnerables. Aquellos sujetos expuestos a contextos atravesados por vulneraciones de derechos, tienden a ser la población más afectada por el poder represivo del Estado.

“Del mapa criminal de oferta y demanda que se desprende de las estadísticas oficiales de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, de la Procuración General de la Nación, y la Defensoría General de la Nación, surge que del total de ingresos al sistema penal, casi el 70% corresponde a tenencia y consumo personal y son productos de decomisos en la vía pública.” (Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, 2008, p. 1)

Se ha extendido el consumo de diversas sustancias lo cual genera un problema sanitario y da cuenta del despliegue de laboratorios de elaboración con precursores que permanecen fuera del control oficial. El carácter de ilegalidad y el aumento de la represión frente a los consumidores, se conforma como una práctica punitiva que no ha logrado reducir la demanda, ni trabajar sobre los derechos humanos, ejerciendo respuestas en función de la salud integral. Contrariamente, ha proporcionado un marco propicio para la violación sistemática de los derechos humanos, ha potenciado la conformación de un mercado mundial de sustancias prohibidas, delineando una estrategia de administración de ilegalismos que por un lado, persigue a consumidores y pequeños traficantes y por otro genera una liberalización de otros delitos como el lavado de dinero, el ingreso de precursores químicos y la comercialización de medicamentos sin prescripción (Corda, A. y Frish, P., 2008).

A pesar de sus intentos de reforma, la Ley N° 23.737 no ha podido ser derogada¹. Estas tensiones normativas dan cuenta de contradicciones legales, políticas y epistemológicas que abren enormes debates y prácticas complejas. En este sentido cabría preguntarnos, ¿de qué modo conviven estas normativas en nuestro campo de prácticas?

Teniendo en cuenta los distintos discursos que atraviesan esta problemática, por un lado, podemos encontrar un discurso que se desprende del ámbito jurídico, el cual presume peligrosidad en el sujeto que consume, criminalizando esta práctica y dando respuestas vía el control social. Este estigma de peligrosidad, refuerza la creencia de que estas personas son violentas y no tienen derecho a ser asistidas dentro de los mismos lugares donde concurre el resto de la población considerada “normal” (Trimboli, A. 2017). Distinto de este tratamiento que podríamos llamar prohibicionista-abstencionista, encontramos otra perspectiva que se encuentra más ligada al modelo médico, la cual prefiere utilizar la denominación: “adicciones” y “adictos”. Dentro de un marco epistemológico diferente al anterior, comprende la problemática al modo de una enfermedad y al consumidor como “enfermo”, es decir, equipara “consumo” con “enfermedad”, produciendo un etiquetamiento muy complejo. Desde este modelo, el foco de análisis recae sobre la sustancia y no sobre el sujeto, es decir, se analiza el potencial adictivo de una sustancia y sus efectos clínicos. Este modo de pensamiento se articula con el paradigma médico hegemónico en salud, ya que la salud no es contemplada en su aspecto multidimensional, sino

¹ En el año 2009, la Corte Suprema de Justicia de la Nación, a través del "Fallo Arriola", declara inconstitucional la penalización de la tenencia para consumo personal, reparando en el derecho a la privacidad, el cual se encuentra protegido en el artículo 19 de la Constitución Nacional. Si bien este fallo es solo aplicado al Caso Arriola, los jueces pueden aplicarlo a los demás casos. No obstante, la Ley de Estupefacientes continúa vigente.

que es reducida a la ausencia de enfermedad. Las estrategias de abordajes giran en torno al disciplinamiento y la abstención.

A diferencia de estos, encontramos coexistiendo en el campo los abordajes pensados desde la reducción de riesgos y daños. Las posiciones críticas respecto a los modelos bio-médicos sitúan a los “consumos problemáticos” como categorías que nos permiten pensar al sujeto desde una mirada integral que incluye dimensiones políticas, sociales, culturales, físicas, psicológicas, entre otros. En ese sentido, el sujeto es pensado dentro de una sociedad de consumo, y por lo tanto el foco será puesto en la relación del sujeto con su objeto de consumo. El principal objetivo de este enfoque, es minimizar las consecuencias negativas del consumo de drogas, tanto en los usuarios como en la población en general (Trímboli, A., 2017). Esta mirada es sostenida desde un paradigma alternativo al modelo médico hegemónico y desde una perspectiva de los derechos humanos. En consonancia con este punto de vista, se plantean abordajes comunitarios en articulación con el entorno del sujeto y teniendo presente un concepto de salud mental integral. Tendremos en cuenta estos atravesamientos que toman como referencia la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y la Convención Internacional de los Derechos Humanos.

Definir un abordaje desde una perspectiva de la salud pública implica alejarse de análisis lineales, universales, generalizados y ahistóricos. Las distintas perspectivas del consumo problemático acompañan las prácticas y los modos de entender a los sujetos que consumen. Teniendo en consideración los entramados discursivos que contempla esta problemática es que nos preguntamos ¿Qué lugar tienen nuestras concepciones acerca del sujeto que consume en nuestras prácticas? ¿Cómo se produce subjetividad a partir de una política pública?

Cuando hablamos de “consumo” nos referimos a un término que nos pone a tono con el discurso del capitalismo, ya que evoca la variada cantidad de objetos que hay en el mercado, su vínculo con la ley de oferta y demanda y con el imperativo de consumirlos sin límites. Estos consumos se convierten en “problemáticos” cuando los que han iniciado alguno de ellos como modos de resolución de conflictos, verifican que no todo es beneficio y comienzan a aparecer malestares que cuestionan a esa práctica. No hay operación de esta índole que no deje un resto y eso es lo que comienza a incomodar (Perez Barboza, H., 2017). ¿De qué modo el discurso capitalista y las formas de subjetividad que produce se entranan con las respuestas profesionales en nuestras instituciones públicas? ¿Cómo se construyen los abordajes dentro de nuestras instituciones? ¿Se incluye la voz de los usuarios en las estrategias y programas que se adoptan?

Elaborar un conocimiento situado en el contexto geopolítico, económico y social que transitan los países latinoamericanos, implica adoptar un posicionamiento distinto de las posturas eurocentristas que nos atraviesan, tanto en nuestras prácticas como en nuestras formas de construir conocimiento, permitiendo acercarnos a la complejidad de nuestras propias configuraciones sociales. Partiendo de estas concepciones es que vamos a plantear nuestro recorrido recuperando las narrativas de los profesionales de la salud mental.

A 14 años de la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, la cual reconoce el abordaje de los consumos problemáticos como parte integrante de las políticas en salud

mental, y teniendo en consideración las contradicciones entre esta legislación y la Ley N° 23.737, es que consideramos relevante aportar un posible análisis respecto de dichas disputas epistemológicas y el modo en que se traducen estas contradicciones legales en la ejecución de una política pública, a partir de recuperar las narrativas de los profesionales de la salud mental. Consideramos significativo indagar en qué medida las prácticas realizadas sobre estos sujetos son pensadas desde el paradigma de los derechos humanos, respetando la dignidad de cada persona, así como sus derechos sancionados por las leyes mencionadas anteriormente. En el decir de Alberto Trímboli (2017):

(...) los agentes de salud, en tanto sujetos que integran la sociedad, desarrollan mitos, creencias, prejuicios, estereotipos y representaciones sociales acerca del consumo de sustancias psicoactivas, estableciendo una práctica discursiva productora de un sistema de creencias ideológico que, inevitablemente, trasladan a su práctica como profesionales (p. 159).

Uno de los desafíos más importantes en términos de prevención del consumo de sustancias e incluso cuando se construye una propuesta de tratamiento es generar abordajes integrales que incluyan las voces y perspectivas de los propios usuarios, y que dichas propuestas se ajusten a los contextos singulares. La participación activa es un componente, en sí mismo, de salud mental. Esta investigación resulta significativa al momento de identificar el modo en el que se entranan las concepciones de los profesionales con las respuestas que se construyen cuando se diseña una política pública. Con tal fin, esta investigación se llevó adelante en una institución pública de la ciudad de Paraná: Centro Huella. La misma es un efector del sistema público de salud y forma parte de aquellos establecimientos destinados al diagnóstico, tratamiento ambulatorio sin internación en Salud Mental, dependiente de la Dirección Provincial de Salud Mental. Se especializa en consumo problemático y a su vez, brinda una atención clínico territorial en dispositivos de atención individuales y grupales en su sede y desarrolla programas y actividades hacia el territorio con distintas organizaciones e instituciones (estatales y no estatales).

Interrogantes

¿Cuáles son las narrativas acerca de sus concepciones sobre los abordajes terapéuticos de consumo problemático que tienen los profesionales del equipo interdisciplinario del Centro Huella en la ciudad de Paraná?

Objetivo general

Identificar y analizar las narrativas acerca de las concepciones sobre los abordajes terapéuticos de consumo problemático de profesionales de los equipos interdisciplinarios del Centro Huella en la ciudad de Paraná.

Objetivo específico

Identificar, desde un análisis crítico, las tensiones entre los cuerpos normativos que legislan los colectivos sociales y los debates sobre los abordajes de consumos problemáticos en el campo social.

Supuestos

Luego de un primer acercamiento al campo, tras realizar una entrevista con el director de la institución a investigar, fue posible elaborar algunos supuestos. El Centro Huella se encuentra en un proceso de reelaboración de la perspectiva institucional, por lo que muchas de sus prácticas se encuentran en permanente revisión y problematización. Posiblemente, no todos los profesionales sostienen un marco conceptual común, pudiendo existir diferencias dentro de los equipos interdisciplinarios que abren debates en el campo de prácticas. Teniendo en cuenta las tensiones en los marcos legales y sociales explicitados anteriormente, estas son susceptibles de traducirse en prácticas diversas e incluso contradictorias, ya que las concepciones del sujeto que consume y del consumo, se inscriben en marcos epistemológicos diversos.

Estado de debate

Para el “montaje de antecedentes”² (Ríos, J., 2015, p. 5) de nuestra investigación proponemos un recorrido en el que comenzaremos datando algunos antecedentes teóricos y metodológicos que se vinculan con nuestra investigación por el tema de conocimiento y la metodología que utilizan y, posteriormente, estrecharemos nuestro campo de investigación situando algunos antecedentes específicos que nos permitirán conocer el estado de debate y la relevancia del recorte realizado para esta investigación.

Bordoni, Maria Flavia (2017). Abordaje integral de los consumos problemáticos. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-067/670>

La autora de esta investigación trabaja en el hospital Borda de nuestro país. Se va a proponer “revisar las concepciones subyacentes en el marco normativo vigente a nivel nacional de los consumos problemáticos” (Bordoni, M, 2017, p. 44). Para ello va a tener en cuenta la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y el Plan Integral de Abordaje de los Consumos Problemáticos Ley 26.934. Trabaja desde la perspectiva de abordaje integral, la relación entre sufrimiento psíquico y consumos y el sujeto desde una trama compleja. Además, se propone superar miradas reduccionistas y explicaciones deterministas del campo de las ciencias naturales. Sitúa dos lecturas en torno al consumo problemático: la clave química y la clave subjetiva. Dentro de las estrategias integrales en consumo problemático destaca la intersectorialidad, la interdisciplina y el trabajo en red, el mismo contempla aquellas estrategias que toman en cuenta la situación de vulnerabilidad social de los sujetos y por tanto, el fortalecimiento de sus redes sociales de apoyo. También destaca la relevancia de priorizar la voz de los sujetos a la hora de

² "La idea de montaje es interesante traer a colación su función en la producción cinematográfica. Así, el montaje es el proceso que se utiliza para ordenar los planos y secuencias de una película, de forma que el espectador los vea tal y como quiere el director. La manera de colocar los diversos planos puede cambiar completamente el sentido, y por lo tanto el mensaje de una película. (...) Pensado así, podríamos preguntarnos: ¿Cómo se organiza un montaje de antecedentes?" (p. 5)

diseñar estrategias. Concluye planteando que uno de los ejes centrales para el abordaje integral de los consumos es “la desconstrucción de discursos y significaciones sociales segregativas acerca de las drogas y los usuarios.” (Bordoni, M, 2017, p. 45)

A continuación, la investigación citada, caracteriza el “modelo socio-comunitario”, el cuál podría ser pensado en cercanía al “modelo integral” detallado anteriormente y, a su vez, lo diferencia de otros modelos de abordajes en el campo de prácticas:

Capriati A, Caramotti AC, Di Leo P, Wald G, Kornblit AL. La prevención de los consumos problemáticos de drogas desde una perspectiva comunitaria: un modelo para armar. Rev. Argent Salud Pública. 2015; Mar;6(22):21-28.

Los autores de esta investigación pertenecen al Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. CONICET. Dicha investigación sitúa la diferencia entre abordajes ligados al modelo ético jurídico, médico sanitario y socio comunitario. Se propone “identificar instituciones y organizaciones cuyas estrategias estén en línea con el modelo socio-comunitario de abordaje de los consumos problemáticos de drogas, para así ampliar y fortalecer dicho modelo” (Capriati A. y otros; 2015, p.21). Dentro de los relevamientos sitúa tres tipos de organizaciones: aquellas que abordan el consumo problemático como un tema de salud pública, otras que vinculan los consumos con la marginalidad y la vulnerabilidad y las que realizan intervenciones de promoción de la salud. Esta investigación, va a caracterizar al modelo socio-comunitario desde: los elementos que se tienen en cuenta en este abordaje, el modo de entender a la salud, sus prioridades (promoción y prevención) y objetivos y las formas de construir sus prácticas (interdisciplina, intersectorialidad, promoción de la participación de la comunidad). Dicha investigación incluye un diseño de tipo cualitativo y la recolección de información fue realizada mediante entrevistas en profundidad.

Teniendo en cuenta otra perspectiva de abordaje de los consumos, la siguiente investigación estudiará “las vinculaciones entre las significaciones que directivos y referentes de instituciones religiosas de tratamiento de drogas realizan sobre las causas del consumo, y las modalidades de abordaje y anclajes territoriales...” (Guelman, Azamparren, 2017, p.43).

Güelman, Martin; Azparren Almeida, Ana Laura; El anclaje territorial en los abordajes religiosos para el consumo de drogas en Buenos Aires, Argentina; Asociación Española de Estudio en Drogodependencias; Revista Española de Drogodependencias; 42; 2; 6-2017; 43-55

Esta investigación también pertenece al Instituto de Investigación Gino Germani. Utiliza una metodología cualitativa, llevada adelante a partir de entrevistas. A su vez, realizando una lectura histórica, ubica dos figuras respecto de la persona que consume, una se la identifica con la figura de “culpable y delincuente” y otra que se desarrolla más adelante, pensando al consumidor de sustancias como “enfermo”. Dentro del análisis realizado por esta investigación, se logró identificar dos posturas contrapuestas en relación al abordaje de las adicciones. Por un lado, los tratamientos pensados a partir de la internación en comunidades terapéuticas, alejados de la comunidad y por otro, una concepción más

integral que piensa los dispositivos localizados en territorios vulnerabilizados. Estas dos formas de entender los abordajes en consumo problemático las ubica como radicalmente distintas, una de ellas tiene como objetivo la desconexión total de la persona que consume de las formas de vida propia de la sociedad moderna, mientras que la otra busca la inclusión social por medio del trabajo, la educación, la salud y la vivienda.

Al acercarnos un poco a nuestro contexto, nos interesa situar una investigación que retoma uno de los marcos normativos prioritarios en nuestro análisis: la Ley Nacional de Salud Mental, y a su vez, recopila diversas experiencias de abordajes integrales de los consumos en la ciudad de Paraná:

Introducción a las problemáticas de consumo / Daniela Antonaccio; Celia Giusti; compilado por Celia Giusti; Daniela Antonaccio. - 1a edición para el alumno - Paraná: Universidad Autónoma de Entre Ríos, 2019.

Se genera un compilado de investigaciones realizadas durante el curso de posgrado en nuestra universidad, en el cual se proponen abordajes comunitarios de los consumos, teniendo presente las legislaciones de la Ley Nacional de Salud Mental y adicciones, se entiende al consumo problemático como una problemática de salud mental y se piensa en abordajes interdisciplinarios e intersectoriales. También se toma en cuenta la definición del DSM acerca de los Trastornos relacionados con sustancias, incluyéndose dentro de esta problemática indicadores médicos, sociales y jurídicos. Estas intervenciones integrales realizan un trabajo en las comunidades en articulación con centros de salud, hospitales, comunidades terapéuticas e instituciones educativas, desplegando acciones de prevención, promoción y tratamiento de los consumos. A su vez, desde estas perspectivas, se trabaja fundamentalmente para reforzar el lazo social y el sentido de pertenencia a la comunidad. Dentro de este compilado de investigaciones, también se sitúa un apartado que estudió las dificultades en la implementación de la Ley de Salud Mental y Adicciones, así como también un estudio del consumo problemático dentro del ámbito educativo y otro estudio sobre el consumo problemático en mujeres.

Por último, voy a situar dos investigaciones de nuestra casa de estudio, para la formación de grado de Licenciatura en Psicología, que también tienen por unidad de análisis a los profesionales de la salud mental, de dos dispositivos diferentes especializados en consumos problemáticos:

Ochoa Gomez, M. (2014) Los dispositivos terapéuticos para instaurar un sujeto de la palabra en pacientes adictos. Un estudio de las perspectivas de las psicólogas del Servicio de Psicología y de los médicos del Servicio de Neurotoxicología del Hospital Juan M. Cullen de la Ciudad de Santa Fe. Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de Entre Ríos.

Es una investigación cualitativa que pretende describir los dispositivos terapéuticos adoptados por los psicólogos del servicio de psicología y los médicos del servicio de Neurotixicología del Hospital Cullen de la ciudad de Santa Fe en pacientes que concurren por consumo de drogas ilícitas para instaurar un sujeto de la palabra. También se propuso identificar el enfoque teórico de los dispositivos terapéuticos. La investigación logra concluir que estos dispositivos alojan la demanda para producir una salida de la

urgencia y una posibilidad de tratamiento pensado desde el psicoanálisis, enfocados en restaurar los vínculos, corriendo la mirada de un paradigma prohibicionista. Una dificultad en la práctica, posible de analizar, es el abandono del tratamiento luego de la desintoxicación. Una de las áreas de vacancia en la investigación que plantea esta tesis es “¿Por qué no se cuenta en el hospital con políticas de salud para las adicciones?” Manifestando en las entrevistas la escasa actualización del Estado como interviniente ante la problemática. En relación a la primera dificultad ubicada, plantea que unos de los problemas presentes en las adicciones se da cuando “el sujeto no está, se ha roto todo vínculo y solo existe un cuerpo que goza”, esto dificulta también nombrada por la autora como “no cuenta con la toma de conciencia de su enfermedad”, representa un obstáculo para el inicio y la continuidad del tratamiento ya que no es posible para el paciente interrogar el malestar.

Abud, J. (2012) Representaciones acerca del consumidor de sustancias psicoactivas y de su tratamiento. Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de Entre Ríos.

Esta investigación busca describir y analizar las representaciones de los actores institucionales que trabajan en dispositivos terapéuticos insertos en instituciones que abordan el consumo de sustancias psicoactivas en Paraná y a su vez, conocer el modo en el cual estas representaciones inciden en los tratamientos. Es una investigación con trabajo de campo y utiliza un diseño cualitativo. Desde esta estrategia, indaga sobre las representaciones interrogando a las significaciones particulares de las personas que entrevista. La investigación logra develar tres modalidades de representaciones sobre la figura del consumidor de sustancias psicoactivas: “el adicto”, “el usuario” y “el emergente”. El autor encuentra que la causa del consumo permanece asociada a un elemento que denomina “el deterioro institucional”, para referirse a distintos fenómenos como: disfuncionalidad familiar, exclusión social y deshilachamiento simbólico. A partir de indagar en la epistemología de dichas representaciones, las mismas constituyen para el autor tres modos diferentes de responder terapéuticamente a los consumos.

Llanes, K. (2018) “Sobre los tratamientos de las adicciones en la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos. Una lectura en relación a la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental y Adicciones.” Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de Entre Ríos.

Esta investigación de tipo cualitativa realizada con un diseño transversal y de campo, tiene por objetivo analizar el tipo de tratamiento sobre las adicciones que realizan los profesionales de la salud mental en las siguientes instituciones: Grupo Institucional de Alcoholismo (GIA) y Centro Huella, de la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos, y que relación sostienen con la Ley de Salud Mental y Adicciones. Tanto la técnica de recolección como de análisis de los datos, coincide con la metodología a utilizar en nuestro TIF. La tesis arrojó que dichas instituciones trabajaban desde la perspectiva del psicoanálisis y los derechos humanos. Las instituciones estatales realizan sus tratamientos bajo el marco legal de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones teniendo como ejes centrales el trabajo interdisciplinario y ambulatorio. Este es posible solo en caso de que los usuarios generen una demanda de tratamiento y lleguen por voluntad propia. El GIA al momento de iniciar el tratamiento busca la abstinencia del

paciente y plantea una duración para el mismo de dos años. En cambio, en el Centro Huella el tratamiento se piensa en función de la singularidad del usuario, es decir, no hay un modo de trabajo preestablecido. La investigación concluye que en dichas instituciones no prevalece el discurso médico hegemónico que patologiza, criminaliza y estigmatiza, aunque es posible encontrarlo en algunos profesionales. Plantea como una de las áreas de vacancia para futuras investigaciones la necesidad de indagar sobre el concepto psicoanalítico de transferencia de las adicciones como una herramienta fundamental para llevar adelante dichos tratamientos.

Dentro de las investigaciones observadas es posible identificar diversos marcos teóricos-epistemológicos y prácticos de los consumos problemáticos: abordajes pensados desde el psicoanálisis, enmarcados en una perspectiva de reducción de riesgos y daños, abordajes pensados desde una reducción de riesgos y daños más orientados a la práctica comunitaria y a la Salud Mental Integral y, por último, abordajes situados en un paradigma prohibicionista abstencionista. Muchas de estas investigaciones, retoman como marcos normativos prioritarios la Ley Nacional de Salud Mental y el Plan IACOP al momento de pensar esta problemática. Sin embargo, recuperando las legislaciones que atraviesan esta problemática y las disputas actuales en el campo, es preciso tener en cuenta que el consumo también se ve atravesado por perspectivas punitivas y prohibicionistas que orientan prácticas contradictorias sobre los usuarios. En este sentido, una de las áreas de vacancia a investigar son las tensiones normativas que rigen esta problemática y la traducción de dicha tensión en la ejecución de las prácticas. A su vez, en los análisis y conclusiones de dichas investigaciones, se trasluce algunas preguntas en torno a la práctica con los usuarios: ¿De qué modo se piensan las propuestas terapéuticas con los consumos problemáticos? ¿Cómo abordar las discontinuidades en los tratamientos? ¿Cómo trabajar clínicamente la relación entre el goce sobre el objeto del consumo y la construcción de una demanda de análisis que permita ordenar un proceso terapéutico?

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

Recorrido histórico acerca del consumo de sustancias

Si retomamos históricamente el consumo de sustancia como práctica social y cultural, cabe preguntarnos ¿el consumo de sustancias siempre fue un problema? ¿Cuáles fueron las condiciones sociales, culturales, políticas y económicas que constituyen actualmente al consumo como una problemática? A lo largo de la historia, el intercambio del ser humano con las sustancias fue variando en función de los significados otorgados a las prácticas de consumo. En la Antigüedad, las comunidades consumían y utilizaban las sustancias con fines religiosos y culturales, como los ritos y otras costumbres, que les permitían simbolizar experiencias asociadas a lo sagrado y a lo divino. En este sentido, el vínculo del sujeto con la naturaleza permanecía ligado a prácticas espirituales que se constituían como respuesta a aquellas dimensiones de la experiencia humana que representaban un interrogante: la muerte, la locura, la sexualidad, las enfermedades, entre otras. Durante la Edad Media, el consumo de sustancias adquiere otros usos. Desde entonces, comienza a integrarse en la medicina y en la economía a partir de los descubrimientos de sus propiedades psicoactivas y efectos sobre el organismo. Es relevante señalar, en palabras de Trímboli (2017), que las sustancias “a pesar de que el hombre las utilizó en todas las épocas, ese consumo nunca antes había mostrado signos claros de haberse convertido en problemática social” (p. 15).

A partir de la modernidad y el desarrollo del capitalismo, el consumo comienza a adquirir otras modalidades, y en consecuencia, otros significados dentro de la vida de las personas. En este contexto, determinadas condiciones sociales, políticas y económicas propias del sistema de producción capitalista, revisten de especial interés al momento de entender al consumo como una problemática.

El modelo de producción capitalista introduce a los objetos como valores de cambio y al dinero como mediador simbólico de este intercambio. De este modo, las sustancias, como un elemento más dentro del sistema, pasan a ser una mercancía, es decir, un objeto más de consumo dentro del mercado.

Graciela Touzé, señala que la práctica del uso de drogas comenzó a ser definida como anormal y como problema recién en la segunda mitad del siglo XIX, donde los Estados empiezan a intervenir en los consumos y se acuña el término toxicomanía para designar a aquellos que abusaban de drogas no tradicionales en Occidente. A su vez, este momento histórico coincide con el gran desarrollo de los procesos industriales y el consecuente aumento de comercialización de todo tipo de productos (Touzé, 2006).

Las problemáticas que atañen a cada época, nos enfrentan a la complejidad del campo social, en este sentido, para comprenderlas es necesario situar el componente histórico que las determina. Teniendo en cuenta el carácter político-económico de la época debemos evaluar al consumo como problemática, situado dentro de una sociedad de consumo.

Sociedad de consumo

Las diferentes formas de consumo se enmarcan en lo que puede denominarse “sociedad de consumo” como modo epocal de producción y reproducción de la vida y las relaciones. En estas sociedades, el consumo se configura como un conjunto de prácticas culturales que establecen diferencias sociales y funcionan como signos distintivos y como símbolos de distinción (Stolkiner, 2016, como se citó en Bourdieu, 2012).

Dicho de otro modo, la sociedad de consumo prioriza determinados valores que sostienen lazos sociales con algunas particularidades. Valores como la inmediatez, la individualidad, aquello que se pretende sin límites ni imposibilidades, permanecen alineados a un modelo de producción que da un salto: de una sociedad de productores a una sociedad de consumidores.

Esta diferencia es esencial. La vida y el valor social de la existencia, queda degradado a la acumulación, ilimitada, de objetos. En este sentido, el consumo ya no está orientado a la satisfacción de necesidades. En esta misma línea Sinatra (2010) entiende que

(...) la toxicomanía generalizada sitúa el eje político de la hipermodernidad con los cócteles infinitos de drogas ofrecidos a la medida del consumidor, estalla la multiplicación exponencial de las adicciones que impulsan los manuales clasificatorios: al trabajo, al juego, al sexo, a la obesidad, a la anorexia... Los teóricos del mercado evaluativo pretenden así hacernos olvidar que la toxicidad real es la de la pulsión de muerte que anida en cada individuo al devenir objeto de consumo (y no ya: sujeto). (p.p. 13-14)

Con la caída de los grandes relatos de la modernidad, las promesas de un futuro mejor y la caída del padre como función, límite de goce, el autor nos invita a pensar algunos efectos subjetivos en las sociedades actuales de las consecuencias del capitalismo salvaje y sus avances segregativos sobre las poblaciones. En este sentido, Sinatra (2010) entiende que unos de los síntomas sociales contemporáneos frente a la irrupción del discurso capitalista es que los individuos son los verdaderos objetos de consumo (p. 45). En uno de sus textos plantea que el marketing y los medios que encuentra el mercado para volver atractivos sus objetos, trascienden cierto límite al principio del placer. En palabras del autor:

(...) hoy un cambio radical se ha producido en la política publicitaria: el principio del placer ya no rige la totalidad del dominio del marketing, ya no es solo la medida del goce fálico que vale para todos, ofreciendo solo bellos automóviles asociados con bellas mujeres. Ahora hay un plus de goce que marca la diferencia. (p. 47).

Este exceso de goce nos permite pensar el sujeto (u objeto) de la época de un modo particular. Tomado por esta lógica de mercado, las personas quedan reducidas a la categoría de objeto. Agustina Toso (2020)

en su libro, aborda la objetualización del cuerpo en la sociedad de consumo, partiendo de una hipótesis en la que sostiene que el paso del capitalismo a la hipermodernidad conlleva nuevas significaciones sobre el cuerpo que hacen que éste, ocupe un lugar de objeto en un sistema de intercambios. A su vez, destaca la falta de relación del sujeto frente a lo simbólico, entendiendo que el discurso del capitalismo supone el rechazo de la castración que empuja al sujeto a un circuito incansable de objetos, negando la inscripción de la falta estructural. En este sentido, siguiendo a Impriano, Toso (2020) señala: “el discurso capitalista reemplaza al sujeto deseante por el sujeto gozante, sumergiéndolo en la pulsión de muerte” (p. 24).

Tal como plantea Toso (2020): “el cuerpo pareciera tener la propiedad de materializar al sujeto y permitirle circular en el mercado como objeto de consumo para los demás o para sí mismo” (p. 9). Según su recorrido, este objeto de consumo de la era capitalista, puede ser pensado en cercanía al objeto de la pulsión del psicoanálisis, ya que, por un lado, el objeto es lo más variable de la pulsión, es decir, puede ser cualquier objeto y por otro, este objeto le permite a la pulsión alcanzar su fin: lograr la satisfacción. En este sentido, los objetos de consumo de la era capitalista, se ofrecen al circuito del deseo, bajo determinadas características seductoras que prometen satisfacción absoluta, introduciendo posteriormente (y de modo necesario) la frustración que conlleva el encuentro con un objeto que está perdido por estructura.

En este punto, es interesante destacar algunas ideas relevantes. Los modelos de producción de cada época se hallan determinados por otros componentes, como las representaciones sociales y los imaginarios forjados por las creencias sociales de cada momento histórico. En un sentido más marxista, las ideas dominantes de cada época tienden a ser las ideas de la clase dominante. Entonces, podríamos afirmar, que existen y existieron determinados sectores sociales que construyen discursos y, en consecuencia, representaciones sociales, que sostienen la hegemonía dentro del campo social y tienen efectos de poder sobre las poblaciones.

Stolkiner y otras autoras (2016) aportan en relación a esto:

En las actuales condiciones de la sociedad de consumo, opera un mecanismo de captura mediante signos en el que se evoca y se exalta aquello que luego se negará. En otros términos, se produce un “achataamiento” del deseo que queda capturado por la lógica del consumo bajo la promesa, siempre incumplida de su cancelación instantánea.

Estamos frente a un selectivo tratamiento social que rechaza ciertos consumos y tolera otros. (p. 108-109)

Las autoras entienden que la sociedad de consumo en la que vivimos acepta el consumo de ciertas drogas como el alcohol, los fármacos, el tabaco y por otro lado, rechaza otras como la marihuana, cocaína, entre otros. Contemplando la complejidad de dicho entramado, es necesario introducir tres analizadores que a las autoras les permiten pensar esta problemática social: la exacerbación de los consumos, la

medicalización de la vida cotidiana y la patologización de los problemas.

Con el crecimiento de la sociedad de consumo, las grandes corporaciones médicas y farmacéuticas, encontraron en la salud un medio de expansión del capital. Tal como exponen las autoras, el proceso de medicalización de la vida cotidiana permanece ligado al desarrollo de ciertos discursos que pregonan la patologización de problemas y malestares propios de la cultura. En definitiva, este fenómeno elude el foco de las consecuencias que tiene sobre las subjetividades el consumismo y los valores que promueve dicha sociedad de consumo, responsabilizando y patologizando a los sujetos.

Teniendo en cuenta estos planteos, es interesante pensar cómo las sociedades definen aquello que consideran un problema y aquello que no. Actualmente, pocos parecen escandalizarse por el hecho de que gran parte de la población consume psicofármacos para resolver problemas como el insomnio y la ansiedad.

(...) Se observa en nuestra sociedad un tratamiento social divergente entre el consumo excesivo de fármacos respecto del consumo de sustancias ilegales. Aún cuando el consumo de éstos, con y sin prescripción médica, produzca mayores problemas de salud que el consumo de cualquiera de las drogas ilícitas. (Stolkiner, A, 2016, p. 109)

En este sentido, es interesante pensar cómo las representaciones sociales se construyen en torno al consumidor y no en torno a la sustancia.

“La mirada social estigmatizante se vincula más a “quién consume” que a “qué consume”. Se sostiene una división entre drogas legales e ilegales –y por ende -, entre personas legales e ilegales, ocultando que el mayor riesgo que pueden suponer estos consumos, se asocia más a las condiciones sociales en que se encuentran estas personas, que al consumo mismo” (Stolkiner, A, 2016, p. 110)

A partir de una interesante metáfora que diferencia las propiedades de los líquidos y los sólidos, Bauman (2000) explica la diferencia entre la modernidad y la posmodernidad, la cual nos permite pensar de qué modo se construye el entramado social en la actualidad. La fluidez se caracteriza por su imposibilidad de enraizamiento, de conservación de su forma, de levedad en el espacio y en el tiempo. La inconsistencia y liviandad de la fluidez, pensadas en términos de movilidad en el espacio, se asocian a la idea de inmediatez, mientras más liviano, más rápido. En esta misma línea, el autor define a la modernidad como un proceso de licuefacción, es decir, una época que a partir de su entramado político-económico-productivo logra modificar las relaciones sociales, volviéndolas volátiles y desarraigadas, de su historia, de su territorio y del tiempo.

La tecnología y la informática, subvierten la relación espacio-tiempo. Hace falta un solo clic para estar presentes del otro lado del mundo. Con ello, la inmediatez acompaña la transgresión de los límites del espacio.

En las antípodas de esta lógica, encontramos las instituciones totales de la modernidad, aquellas tecnologías de poder orientadas por un ideal normalizador, positivista, de control y disciplinamiento de las poblaciones. Continuando con la metáfora de dicho autor, la cárcel, la fábrica, la escuela, son posibles de ser pensadas desde la lógica de los sólidos. Instituciones que inmovilizan, prohíben, observan y controlan, ejercen el poder mediante la coerción.

Este nuevo orden de ideas que adquieren consistencia en una época que muchos autores denominan la posmodernidad, tuvo como consecuencia la emancipación de la economía de sus tradicionales ataduras políticas, éticas y culturales (p. 10). Acompañando a este proceso de licuefacción Bauman (2000) sitúa que, en cuanto al lazo social, se produce una disolución o separación entre las elecciones individuales y los proyectos y acciones colectivas (p. 12).

“La desintegración de la trama social y el desmoronamiento de las agencias de acción colectiva suelen señalarse con gran ansiedad y justificarse como “efecto colateral” anticipado de la nueva levedad y fluidez de un poder cada vez más móvil, escurridizo, cambiante, evasivo y fugitivo.”
(Bauman, 2000, p. 19).

En este sentido, las concepciones de libertad y responsabilidad se modifican. En un mundo repleto de posibilidades ilimitadas, existe una amplia libertad para elegir qué consumir, pero ¿de qué tipo de libertad hablamos? ¿podemos decidir no consumir? Empujados por las leyes del mercado y las exigencias subjetivas del mismo, existe una dificultad para situar puntos de orientación, “modelos” identificatorios que orienten la conducta, los proyectos y los deseos. El sujeto no se define a partir de ideales sino a partir de la acumulación de los objetos que posee. El imperativo ordena: “hay que tener, para ser”. El Superyó del sujeto posmoderno, permanece ligado a imperativos que exigen el éxito a cualquier costo. En este punto, tanto el éxito como el fracaso quedan reducidos a una mera responsabilidad individual. Esta pretendida libertad, sin barreras, aloja la promesa de felicidad de la sociedad de consumo.

Una vez eliminada la ley, como mediador simbólico y como límite al goce, cabe preguntarnos ¿cuáles son las particularidades subjetivas de la era posmoderna?

Subjetividad y época

“Mejor pues que renuncie
quien no pueda unir a su horizonte
la subjetividad de su época.”

Lacan

A lo largo de su obra y particularmente en uno de sus textos titulado “Psicología de las masas y análisis del yo” (1895), Freud insiste en evitar la separación realizada habitualmente entre individuo y sociedad. Allí señala:

En la vida anímica del individuo, el otro cuenta, con total regularidad, como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo, y por eso desde el comienzo mismo la psicología individual es simultáneamente psicología social en este sentido más lato, pero enteramente legítimo. (p. 67)

Bajo una expresión concreta por romper con la dicotomía individuo-sociedad, Freud señala tempranamente la importancia del otro en la constitución subjetiva. A su vez, nosotros podríamos agregar, el otro no solo participa en la constitución subjetiva sino también en los procesos de subjetivación, teñidos de ciertas particularidades en cada época.

Ana María Fernández plantea que la modernidad se ha constituido como aquella época que buscó crear formas universales de subjetivación. Sin embargo, muchas de las problemáticas, crisis y síntomas posmodernos, ponen en evidencia los límites que ha encontrado el intento de pensar formas universales de subjetivación. Dicho de otro modo, el modelo ideal de hombre de la modernidad (adulto, varón, blanco, heterosexual), deja por fuera una enorme diversidad de sujetos que comienzan a disputar nuevos sentidos y a conquistar nuevos derechos hasta la actualidad. La autora plantea que para lograr particularizar aquello que se universalizó, es necesario recuperar la dimensión socio-histórica de subjetividad.

“Sujeto. Una categoría en disputa” es un libro que propone un acercamiento a la categoría de sujeto. Al considerarlo como un término paradójico entiende que “el sujeto es constituido por un proceso político que al mismo tiempo constituye” (Biset et al., 2015, p. 18) Para los autores, la modernidad puede ser definida como “época del sujeto”, donde el sujeto se constituye como el fundamento capaz de ordenar racionalmente el mundo (p. 17) Pero, ¿dónde reside la paradoja? “Pues si la modernidad puede ser entendida políticamente como la ruptura con una fundación trascendente del poder, el sujeto adquiere un lugar central al ser, al mismo tiempo, aquel que funda la soberanía y aquel que es constituido por ella” (p. 18).

Biset et al. (2015), retomando los aportes de Heidegger, pone en evidencia que la noción clásica de *subjectum* (para los clásicos son las plantas, los animales, las piedras) queda desplazada al sujeto humano o al yo, a partir de un momento histórico en el cuál el ser humano emprende un camino hacia la búsqueda de la verdad, es decir, de la certeza, ubicándose como centro y punto de partida de la misma (p. 35). Dicho de otro modo, en un movimiento dialéctico, el hombre logra representar el mundo delante de sí a partir del momento en que él mismo es representado. “Lo que aparece es que el hombre es el ente cuyo ser posee con mayor certeza, y por ello se convierte en fundamento de toda certeza y verdad” (Biset et al., 2015, p. 37).

Posteriormente, esta paradoja comienza a ser cuestionada a partir de la destitución de la idea de sujeto racional. Con el desarrollo del estructuralismo y del psicoanálisis, el sujeto en su dimensión activa comienza a ser repensado a partir de una dimensión más pasiva, es decir, sujeto como efecto de procesos históricos e inconscientes. En este sentido, las reformulaciones que va sufriendo la categoría de sujeto

van acompañadas de una reformulación de la dimensión ontológica y epistemológica de la misma. Es decir, la crisis en la idea de un sujeto racional que funda sus acciones y es activamente responsable de su libertad fundada en una plena conciencia de sí mismo, conlleva que la política entre en la más estricta contingencia (p. 19). En este contexto, para los autores, el pensamiento político toma dos alternativas posibles: abandonar la categoría de sujeto o reformularla. Con el objetivo de aportar luz a las múltiples definiciones de sujeto, los autores retoman tres modos de pensar esta categoría de las cuales pondremos foco en dos de ellas: “el vacío estructural” y “la paradoja radicalizada”.

El estructuralismo francés, a través de los aportes de la semiótica, la lingüística y la antropología, elaboran una serie de teorías que en su seno subvierten la categoría de sujeto. A su vez, los aportes del marxismo y del psicoanálisis lacaniano, logran una redefinición del término que es definida por los autores del siguiente modo: “Se trata de un sujeto que no es prescindente de la constitución formal del sentido, tampoco mero efecto de estructura, sino justamente el hiato o hueco que hace imposible la estructura como tal” (Biset et al., 2015, p. 21). Dicho pensamiento, tendrá enorme importancia en la reformulación del pensamiento político emancipatorio. “El sujeto político, sea o no pensado como proletariado, surge del impasse de la estructura, constituyéndose así como lugar privilegiado de la política” (Biset et al., 2015, p. 22).

El segundo modo de problematizar la categoría de sujeto, sitúa una paradoja inminente en dicho término. Atendiendo a la raíz semántica de este concepto, el sujeto es al mismo tiempo súbdito y soberano, dicho de otro modo, oscila entre la idea de sujeción y subjetivación. Los desarrollos foucaultianos nos muestran como el sujeto se constituye en un entramado de relaciones de poder (sujeto súbdito). En este sentido, los autores proponen abandonar la categoría de sujeto y pensar en términos de *procesos de subjetivación*. Entonces, podríamos agrupar dicha categoría en dos sentidos: sujeto como emergencia de la ruptura de orden de cosas establecido o sujeto como efecto de dispositivos de poder que alojan la posibilidad de resistencia.

El psicoanálisis, teoría y práctica que se constituye, tal como indica su creador, como una de las tres grandes heridas narcisistas, subvierte la noción de individuo como aquel ser autónomo, indiviso, consciente, completo, libre y dueño de sí mismo. En este sentido, la noción de sujeto, sujeto a la cultura, al inconsciente, al Otro, viene a proponer una verdadera revolución del pensamiento.

El registro de un yo, asiento de la identidad, sólo será posible desde la otredad. Hay yo porque hay otros. Y es el proceso de identificación la operatoria psicológica por la cual el yo establece relaciones con los otros, hace lazo (Rascovan, S., 2003, p. 6)

Al retomar la categoría de subjetividad en su aspecto multidimensional, recuperamos los aportes de Rascovan (2003) al definir la subjetividad como *campo de problemáticas*. “Al pensar la subjetividad inevitablemente nos enfrentamos, entonces, con los cruces, las intersecciones, las articulaciones entre dimensiones diversas: psíquicas, biológicas, sociales, culturales, ambientales, políticas” (p. 7). Al integrar lo individual y lo social como elementos indisolubles de la subjetividad, distinguimos que los procesos de subjetivación y los acontecimientos y características epocales no caminan por senderos

diferentes. En este sentido, cada época crea significaciones que habitan en las subjetividades, construye valores, modos de enfermar y modos de sanar.

En este sentido, Ana María Fernández (1997) plantea que para superar el par individuo-sociedad es necesario sostener la tensión entre estos conceptos, lo que significa que no se trata de evitar la resolución reduccionista sino abrir paso a la elucidación crítica interrogando la epistemología de nuestras disciplinas y construyendo saberes transversalizados (p. 16). Esta epistemología crítica nos permitirá localizar la singularidad propia de cada contexto.

La complejidad de las problemáticas en nuestro campo de prácticas, implica repensar colectivamente nuestras intervenciones sosteniendo interrogantes que tensionan nuestros saberes. En palabras de Fernández (1997):

La aparición de propuestas transdisciplinarias da cuenta del surgimiento -aunque incipiente- de otras formas de abordaje de la cuestión, así como de la necesidad de utilizar criterios epistemológicos pluralistas. Habla asimismo de la resistencia de ciertos procesos a su simplificación unidisciplinaria y sugiere la oportunidad de los desdibujamientos de "individuos" y "sociedades", en intentos de comprensión que aborden estos problemas desde el centro mismo de su complejidad. (p. 17)

En conclusión, para esta autora, pensar la teoría de la subjetividad involucra necesariamente una propuesta transdisciplinaria. En este punto, sostenemos una pregunta que nos moviliza: ¿de qué modo el discurso capitalista y las formas de subjetividad que produce se entraman con las respuestas profesionales en nuestras instituciones públicas?

Adicción, consumo problemático y toxicomanía

Los modos de nombrar alojan representaciones, concepciones y posicionamientos epistemológicos que tienen efectos sobre las prácticas. Es notable que las categorías que utilizamos no resultan arbitrarias. Dentro de las problemáticas de consumo, suelen ser utilizadas como sinónimos las palabras “adicción”, “drogadicción”, “toxicomanía” y “consumo problemático”. Las mismas, a pesar de su homologación en el lenguaje popular, dan cuenta de formas diferentes de comprender y abordar un fenómeno. Situemos algunas diferencias.

La Ley N° 26.934 “Plan Integral para el abordaje de consumos problemáticos” define a los consumos problemáticos del siguiente modo:

Se entiende por consumos problemáticos aquellos consumos que —mediando o sin mediar sustancia alguna— afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas —legales o ilegales— o producidos por ciertas

conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud. (Ley 26.934, 2014)

Por otro lado, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 plantea:

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. (Ley 26.657, 2010)

Graciela Touzé (2010), plantea que “existen diferentes formas posibles de vincularse con las drogas. Cualquiera de ellas puede aportar beneficios físicos, psicológicos, sociales y espirituales, así como también puede provocar daños a las personas si se constituye en un uso problemático.” (p. 34). Esta autora pone el foco particularmente en la relación del sujeto con la sustancia y a su vez lee la noción de “problemático” desde una mirada más compleja.

Además, nos dice que “la manera de abordar el “problema de las drogas” y la propia noción de “droga” varían según los sistemas de representación culturales y la época ... Es un problema que se construye social e históricamente” (Touzé, 2010, p.21). Entiende que el problema de las drogas debe trabajarse en un nivel socio político. Si nos remontamos históricamente, ella sitúa que al inicio se constituía como una práctica privada, posteriormente comenzó a impregnarse de concepciones morales, para luego convertirse durante el siglo XX en un delito (p. 20). Ubica que la droga como problema se constituyó de este modo en la modernidad. “El uso de drogas fue perdiendo su sentido de “facilitador del vínculo social” y se convirtió en una práctica privada que refería a la predilección por un producto.” (Touzé, G, 2010, p. 19).

Con el objetivo de problematizar el término “drogadicto” o “drogadicción” recuperamos los aportes de Trimboli (2017):

Las sustancias psicoactivas comenzaron a ser malignizadas y asociadas a la delincuencia a partir de la idea de considerarlas “peligrosas”. Es así, que, tanto los consumidores como los adictos se han convertido en “drogadictos” o “drogadependientes” más allá de que su consumo sea o no problemático”.(p. 90)

Podríamos afirmar entonces, que el término drogadicto se encuentra más asociado a una mirada estigmatizante que presume peligrosidad sobre el sujeto que consume, es decir, dicho estigma ya no recae sobre el objeto de consumo sino sobre el consumidor.

Por otro lado, consideramos relevante recuperar los aportes de diferentes autores al concepto de “toxicomanía”. Etimológicamente,

“El término "toxicomanía" proviene del griego "toxicon", que significa "veneno", y del latín "manía", que vendría a ser, locura caracterizada por delirio y agitación. Es decir, etimológicamente, la toxicomanía sería una alteración mental que induce al individuo al consumo de un veneno.” (Lora, M., y Calderón B, C. 2010, p. 1)

El mismo, sí bien es un término que suele utilizarse dentro del campo del psicoanálisis, deviene del entrecruzamiento del saber médico y legal. Una de las primeras apariciones del concepto la encontramos en el Tratado de Psiquiatría, de Henri Ey (1978), el cual la define del siguiente modo:

La conducta del toxicómano constituye una perversión que satisface completamente su necesidad (búsqueda de placer y evitación del sufrimiento mediante la absorción habitual e imperiosamente exigida de uno o de varios productos llamados “tóxicos”, precisamente a causa de su elección por los adeptos a esa conducta. Se asemeja a las perversiones sexuales en la medida que posee la característica fundamental: la regresión a un “placer parcial”: sería un abuso del lenguaje hablar de toxicomanía fuera de tales criterios. (p. 352)

Retomando otros autores más contemporáneos que abordan este concepto desde una perspectiva que contempla las características epocales y el lugar del tóxico dentro ésta, ubicamos:

“La toxicomanía no solo es un síntoma autista por su goce, sino que, además, habida cuenta del mercado de la droga, es un síntoma que, muy a menudo, conduce a los sujetos a actos antisociales, como suele decirse, para conseguir droga.” (Gonzalez, 2016, en Soler, 2000, p.p. 157-158)

Consideramos interesante esa afirmación de la autora, ya que sitúa una lectura en la relación del tóxico con la trama social, en el cual la droga ya no forma parte de rituales o espacios de encuentro en lo social, sino que más bien, atenta contra el lazo social.

En esta misma línea, de la investigación que aborda Lora y Calderón (2010), realizada en torno a dicho concepto, recogemos dos enunciaciones:

Desde la teoría psicoanalítica se entiende que el toxicómano adviene como un signo que define la época: él es el partenaire-síntoma del capitalismo pos-moderno. Es quien, por excelencia, no se avergüenza de su goce, él es aquél que lo muestra hasta el extremo de inventarse un ser a partir de una nominación que le viene como anillo al dedo desde el Otro social para seguir gozando en el autismo tóxico. El empuje a la toxicomanía generalizada, que se localiza como caracterizando a nuestra actualidad, encuentra su complemento ideal en el empuje al olvido generalizado articulado con el goce de la destrucción. (p. 1)

Y continúa:

La toxicomanía entonces tiene que ver con el modo particular de gozar de cada sujeto, frente a la posición del sujeto frente al deseo y el goce en su subjetividad. Así el sujeto puede recurrir al uso de una sustancia en un momento de desestabilización fantasmática o en un momento de vacío de respuestas frente a lo que es el deseo y la demanda del Otro. (...) En la toxicomanía tenemos entonces que el goce fálico, es "sustituido" por el goce autoerótico, cínico, que no necesita del Otro, sino que más bien lo hace a un lado, es una goce asexual, que es obtenido por el objeto droga, objeto que impide el desplazamiento de la cadena de significante, de manera que calla al sujeto del inconciente, y el objeto a pierde su estatuto de causa de deseo, debido a que la droga ocupa ese lugar mítico, es decir, de la ilusión de haber alcanzado el objeto. (p. 1)

Marcos normativos: historización y debates

Teniendo en cuenta el recorrido histórico que venimos realizando en torno a las problemáticas de consumo, es fundamental situar aquellos marcos normativos que regulan dicha problemática, a los fines de profundizar desde un análisis crítico, en torno a las tensiones políticas, legales y epistemológicas en el campo social. Tal como anticipamos, dichas legislaciones surgen en momentos históricos diferentes, poseen concepciones diversas y, de un modo implícito, pero no menos ligado a un posicionamiento político en particular, apuntan a distintos objetivos. Consideramos un gran aporte, reflexionar sobre los modos en que se juegan estas disputas en el campo de la salud mental, recuperando la voz de los profesionales de la salud, con el objetivo de indagar cómo conviven dichas legislaciones en la actualidad. Retomaremos algunas legislaciones y acontecimientos a nivel mundial para definir desde un contexto histórico un poco más amplio, esta problemática. Alberto Trimboli (2017) en uno de sus libros, se ocupa de rastrear algunos hitos que resultan significativos al momento de situar el consumo de sustancias como problemática social. Tal como venimos desarrollando, el consumo de sustancias no siempre fue considerado un problema para la sociedad, en este sentido el autor sitúa que es a partir de determinados movimientos prohibicionistas que el consumo comienza a instalarse socialmente como un problema.

En 1869 se funda en Estados Unidos el Prohibition Party (el partido de la prohibición), agrupación política que en 1919 logró que se vetara la producción, venta y consumo de bebidas alcohólicas en todo el país... Esa disposición, vigente durante una década, es conocida como “Ley Seca”, o “Ley Volstead” en alusión al miembro del comité legal de la Casa Blanca que trabajó enérgicamente para lograr que la ley fuera aprobada. La misma ha sido objeto de numerosas críticas, ya que produjo la fabricación clandestina y contrabando de alcohol, con el consiguiente enfrentamiento entre bandas armadas. (p. 102)

La prohibición de determinadas sustancias comenzó a generar una escalada de problemas en diferentes niveles. Por un lado, la salud de los consumidores se deterioraba cada vez más debido al origen y calidad del alcohol que consumían. Por otro lado, la urgencia por obtener la sustancia derivó en actos delictivos. A su vez, los gobiernos destinaron gran parte de sus presupuestos a políticas que buscaban detener el contrabando, sin mayores logros (Trímboli, 2000). Trímboli (2000), retomando a Quintero, señala que los orígenes de las políticas prohibicionistas en Estados Unidos se debieron a reacciones moralistas contra el consumo, a su vez, por efectos de la industrialización y urbanización, intereses económicos de corporaciones médicas por sostener el monopolio de las prescripciones de sustancias psicoactivas y por último, ubica como otro de los motivos, la demonización de las sustancias (p. 103).

Estas políticas comienzan a extenderse y formalizarse a nivel mundial mediante tratados internacionales. Estados Unidos y Gran Bretaña impulsaron un tratado que tenía por objetivo estudiar la fiscalización internacional de drogas. Posteriormente, se firmó una serie de recomendaciones en el primer tratado jurídicamente vinculante que entró en vigencia después de la Primera Guerra Mundial con su incorporación en el tratado de Versalles. La Convención Única sobre estupefacientes de la ONU en 1961, crea cuatro listas de drogas según grado de peligrosidad de las sustancias (Trímboli, 2000). Este mismo autor, nos aclara: "...comienzan a ponerse en marcha políticas internacionales dominadas por el discurso moralista y jurídico, que divide a las drogas entre legales e ilegales" (p. 105).

Este discurso prohibicionista comienza a extenderse por América y por todo el mundo, logrando que para el siglo XX todo el continente sancione legislaciones contra las drogas y consecuentemente persiga a los consumidores. En varios países de América Latina, entre ellos: Uruguay, Brasil, Colombia, Perú, Paraguay, la tenencia de drogas para consumo personal está despenalizada. En cambio, en países como Chile y Bolivia, se prohíbe la tenencia para uso personal, se sanciona al consumidor con una multa y se obliga a realizar tratamiento.

En Argentina, la primera ley que introduce al Código Penal el delito por tráfico clandestino de estupefacientes es la Ley N° 11.309 sancionada en el año 1924. En 1926, esta legislación es modificada y pasa a considerar la tenencia, tanto para la venta como para el consumo, como un delito. En 1968 y 1971, se crean dos leyes que establecen un listado de estupefacientes que pueden circular por el territorio nacional bajo control del Estado. En 1974, se promulga la Ley N° 20.771, la cual diferencia la tenencia para uso personal en relación a la pena que le corresponde (Trímboli, 2000).

En 1989, se sanciona la Ley N° 23.737, vigente hasta la actualidad, la cual extiende la pena por tenencia para comercialización y penaliza la tenencia para consumo personal, dando la posibilidad de dejar en suspenso la medida en caso de que el sujeto elija realizar un tratamiento de "rehabilitación". El año de sanción de dicha legislación, coincide con un momento histórico durante el cual nuestro país atravesaba por una crisis político, social y económica que culminó con la hiperinflación y la entrega anticipada del poder a Carlos Menem. En un marco de endeudamiento, este gobierno, llevó adelante políticas alineadas al modelo neoliberal que tuvo como consecuencia la desregulación de la economía y la privatización de varios servicios, lo cual comienza a generar un aumento del desempleo, precarización laboral y el empobrecimiento de la población.

Resulta significativo situar la sanción de la Ley de Estupeficientes en el marco de dicho contexto político a la luz de los análisis de Loic Wacquant. Este autor, explica las condiciones del advenimiento del Estado penal, situando una transición en las sociedades de una gestión asistencial de la pobreza hacia una gestión punitiva por medio de la policía y las prisiones. La inscripción de este desplazamiento es ordenada por el autor a partir de tres factores: un borramiento del Estado económico, un achicamiento del Estado social y un fortalecimiento del Estado penal.

Este nuevo gobierno de la inseguridad social —para hablar como Michel Foucault— se apoya, por un lado, en la disciplina del mercado laboral descalificado y desregulado y, por el otro, en un aparato penal invasor y omnipresente. Mano invisible del mercado y puño de hierro del Estado se conjugan y se completan para lograr una mejor aceptación del trabajo asalariado desocializado y la inseguridad social que implica. La prisión vuelve al primer plano. (Wacquant, L., 2000, p. 1)

Retomando nuestros debates, ¿qué objetivos ordenan este cuerpo legal? Tal como situamos con anterioridad, la Ley de Estupeficientes convive con otros marcos normativos que sitúan a los consumos como una problemática en el campo de la salud mental. El campo de la salud mental, se constituye como un campo de prácticas atravesado por paradigmas diversos que entran en juego. En el entrecruzamiento entre el campo “psi” y el campo jurídico, es posible identificar diversos posicionamientos y concepciones que entran en tensión. Sin duda, la construcción de nuevos paradigmas no es sin un proceso histórico de luchas y conquistas y, por lo tanto, el tránsito de un paradigma a otro se produce progresivamente, mediante arrastres residuales de paradigmas anteriores o más bien, en un proceso dialéctico.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, la Ley N° 26.934 “Plan IACOP” y la Ley N° 26.529 “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud” son normativas que suponen concepciones y perspectivas diferentes a lo planteado en el Código Penal y la Ley de Estupeficientes, inscribiendo prácticas diversas, las cuales abren importantes debates y encerronas en el campo de la salud mental.

La Ley N° 23.737, en su artículo 14 establece una reducción de la pena para quien posea sustancias ilegales para uso personal. Posteriormente, en el artículo 16 y 17 determina que en los casos donde pueda comprobarse dependencia física o psíquica al estupefaciente, el juez puede dejar en suspenso la aplicación de la pena y someterlo a una medida de seguridad curativa con el objetivo de “rehabilitar” al sujeto. A su vez, según el artículo 18, en el caso de aquellos sujetos procesados, si es posible acreditar que la tenencia de sustancias es para uso personal y existe dependencia física o psíquica a la sustancia, es posible aplicar un tratamiento curativo para su desintoxicación y rehabilitación. Sin embargo, este mismo artículo aclara:

Si transcurridos dos años de tratamiento, por falta de colaboración del procesado no se obtuvo un grado aceptable de recuperación, se reanuda el trámite de la causa y, en su caso, podrá

aplicársele la pena y continuar el tratamiento por el tiempo necesario, o mantener solamente la medida de seguridad. (Ley N° 23.737, 1989)

En este punto, es interesante precisar algunas paradojas que presenta esta ley. Siguiendo a Sklarevich y Marquez (2005) nos preguntamos: ¿qué implica aplicar una medida de seguridad? En este punto, dichos autores aportan:

La aplicación de una medida de seguridad supone que el autor es incapaz de culpabilidad ya que no pudo motivarse en la norma para actuar. (...) Las medidas se aplican entonces, no para castigar, sino con el objetivo de curar (...) Su finalidad es invariablemente de carácter terapéutico. (p.p. 1-2)

Los autores mencionan 3 tensiones en cuanto a la aplicación de las medidas de seguridad. Por un lado, la cuestión de *la temporalidad* en la aplicación de la medida resulta poco preciso, ya que la indeterminación de la medida de seguridad (a diferencia de la pena que posee un plazo concreto) junto con la sujeción en las decisiones a los arbitrios del poder médico, deja expuesto a los sujetos al poder totalizante del discurso médico y del poder punitivo (p. 2). Por otro lado, entre los artículos citados anteriormente, existe una oscilación entre *sujeto responsable* - *sujeto irresponsable* que resulta confusa. En principio, la ley responsabiliza al sujeto cuando acredita una pena en caso de comprobar que la tenencia es para consumo personal. Posteriormente, ubica a un sujeto que no puede motivarse en la norma, a juzgar, irresponsable, cuando determina la suspensión de la pena en los casos de dependencia a la sustancia. Sin embargo, “si, cumplido el lapso de dos años, el tratamiento fracasa por “falta de colaboración” del imputado (responsable) el juez podrá optar por aplicar la pena (responsable) o prorrogar la medida indefinidamente (irresponsable)” (Marquez y Sklarevich, 2005, p.p. 2-3).

Resulta significativo poner en tensión la “falta de colaboración” como criterio para determinar la responsabilidad de un sujeto que con anterioridad fue considerado una persona con un padecimiento subjetivo a causa de su problemática de consumo, ya que, dentro del campo de la salud mental, identificamos que una de las particularidades de los sujetos con problemáticas de consumo es la dificultad para ubicar al consumo como una práctica que afecta significativamente diferentes dimensiones de su vida. En definitiva, podríamos afirmar que la falta de colaboración en el tratamiento se corresponde a un juicio de valor de orden moralizante para responsabilizar a un sujeto, ya que una persona no deja de tener un padecimiento subjetivo a causa de no colaborar.

Dichos autores, denuncian un estigma que subyace a este criterio denominado por la ley como “falta de colaboración”. Para ellos, la “falta de colaboración” aloja la idea de un *sujeto peligroso*, ya que la resistencia a la intervención institucional es entendida como peligrosidad (Marquez y Sklarevich, 2005).

En último término podríamos preguntarnos también porqué se lo criminaliza. Si se parte de la idea de que es un delincuente, ¿por qué se intenta curarlo? La noción de peligro “permite justificar y fundar en teoría la existencia de una cadena ininterrumpida de instituciones médico-

judiciales”. Ni totalmente enfermo ni exclusivamente delincuente, la persona que “depende de sustancias” circula alternativamente entre la agencia socio- psico- asistencial y la agencia penal. (Sklarevich, S. y Marquez, A., 2005, p. 4)

Podemos observar en este punto lo que Sozzo llama “ensambles de discursos”. Para el autor, el proyecto normalizador, disciplinario y correccional durante la modernidad, se constituye a partir de una serie de enlaces discursivos con límites flexibles y poco precisos. El discurso religioso, el discurso médico y el discurso de la educación, permanecen articulados al servicio de la vigilancia, la sanción y la normalización. La dificultad que presenta la Ley de Estupefacientes, para diferenciar enfermo de delincuente, reside en prejuicios morales que recaen sobre las personas con padecimientos subjetivos. La modernidad, se ha constituido como aquella época privilegiada de la segregación a todo aquello que no se corresponde a la norma. En este sentido, la falta de colaboración al tratamiento es leída como desobediencia o tal vez como conducta desafiante frente al poder punitivo. De allí la confusión, es necesario ¿curar? ¿corregir? ¿educar? Es posible entrever un sistema jurídico ordenado según determinados ideales a los que subyace el objetivo de homogeneizar a las poblaciones, negando la dimensión singular de cada persona e intentando, en última instancia, “normalizar” a una población “desviada”.

A su vez, el artículo 22 ubica que, en caso de alcanzar un resultado satisfactorio de las medidas de recuperación, logrando la reinserción social plena, el juez podrá librar oficio al Registro Nacional de Reincidencia y Estadística Criminal y Carcelaria para la supresión de la anotación relativa al uso y tenencia indebida de estupefacientes. A la luz de la pretendida reinserción que se busca alcanzar, la anotación en dicho registro obtura dicha posibilidad de reinserción. Tal como ubican los autores, “el efecto obtenido dista mucho de su propósito: se beneficiarán los que previamente se hallaban incluidos social y económicamente mientras que los desheredados de siempre no podrán borrar dichos antecedentes.” (Marquez y Sklarevich, 2005, p. 6)

En las antípodas de esta perspectiva, las prácticas en torno a las problemáticas de consumo se encuentran reguladas en el campo de la salud mental por otras normativas de igual rango, entre ellas la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones. La misma tiene por objetivo asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el goce de los derechos humanos de todos aquellos que posean un padecimiento subjetivo. A su vez, en su artículo 4, reconoce a las adicciones como padecimientos subjetivos y plantea que las mismas deben ser abordadas como parte integrante de las políticas en salud mental.

Situada desde un enfoque de los derechos humanos, la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones parte de la presunción de capacidad de todas las personas, es decir, concibe al sujeto como sujeto de derechos, esto significa que toda persona es titular de derechos y posee capacidades para el ejercicio de los mismos. En esta misma línea, la Ley N° 26.529 “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud” establece que uno de los derechos del paciente es dar su consentimiento a recibir cualquier tipo de tratamiento, pudiendo incluso rechazarlo sí así lo quisiera. Ahora bien,

encontramos en este punto una encerrona. Por un lado, la Ley de Estupefaciente obliga a realizar un tratamiento, de lo contrario se deja en suspenso la medida de seguridad y se aplica nuevamente la pena. Pero, por otro lado, la Ley de los Derechos del Paciente establece como un derecho la posibilidad de rechazar dicho tratamiento. Dentro de la Ley de Estupefacientes, ¿el tratamiento se constituye como una práctica en salud mental o, más bien, pretende encubrir una modalidad coercitiva de control social? ¿Qué margen de libertad existe en el derecho de elección de las personas con consumo problemático? En este punto, los sujetos con consumo problemático quedan expuestos al poder totalizante del poder punitivo y del poder jurídico. Las tensiones entre dichas legislaciones abren una paradoja que transforma la decisión voluntaria en una mera ficción legal.

Tal como mencionamos anteriormente, otra de las normativas en el campo de los consumos es la Ley N° 26.934 conocida como “Plan IACOP”, sancionada en el año 2014. La misma tiene por objetivo prevenir los consumos problemáticos desde un abordaje intersectorial, asegurar la asistencia sanitaria integral gratuita e integrar y amparar socialmente a los sujetos de algún consumo problemático. Para alcanzar dichos objetivos se prevé la creación de Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos. A su vez, al igual que la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, reconoce a los consumos problemáticos como padecimientos subjetivos, reafirmando la necesidad de ser reconocidos en el abordaje de políticas en salud mental teniendo en consideración los derechos y garantías de la Ley 26.657. También, declara la incorporación del modelo de reducción de daños y busca construir abordajes desde una perspectiva interdisciplinaria, interjurisdiccional e integral, incluyendo la prevención y promoción de la salud.

Atentos a las concepciones que subyacen a nuestras legislaciones, es relevante recuperar la definición de consumo problemático del Plan IACOP:

ARTÍCULO 2° — Consumos problemáticos. A los efectos de la presente ley, se entiende por consumos problemáticos aquellos consumos que —mediando o sin mediar sustancia alguna— afectan negativamente, **en forma crónica**, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas —legales o ilegales— o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud. (Ley N° 26.934, 2014)

Si bien definir teóricamente nuestros conceptos, nos exige revisar o problematizar los prejuicios o estereotipos que nos habitan, al momento de conceptualizar los padecimientos subjetivos se ponen en juego concepciones y paradigmas diversos desde los cuales nos posicionamos. ¿Qué supone pensar los consumos problemáticos en términos de “cronicidad”?

Ferrara Floreal en su conceptualización del campo de la salud, problematiza la idea de salud como un *estado* y propone pensar este concepto reparando en la complejidad que involucra, dada la multiplicidad de componentes que la determinan. En este sentido, aporta el término de *proceso* a los fines de distanciar

este término de conceptualizaciones lineales y reduccionistas. Para el autor, el proceso salud-enfermedad involucra un dinamismo que implica una búsqueda constante a la solución de los conflictos. “No es el conflicto lo que define lo patológico, sino que es el bloqueo de los conflictos y la imposibilidad de resolver ese conflicto, físico, mental o social, lo que certifica la idea de enfermedad.” (Ferrara, 1985, p. 10)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) definen a las enfermedades crónicas o enfermedades no transmisibles como:

(...) un grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo. Estas condiciones incluyen cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas. (...) Muchas otras condiciones importantes también se consideran enfermedades no transmisibles, incluyendo lesiones y trastornos de salud mental. (OPS, 2023)

La noción de cronicidad, en este sentido, parecería quedar ligada entonces, a un concepto de salud que admite como una de sus dimensiones el factor biológico y psicológico, en detrimento del carácter histórico, social y cultural de la vida de un sujeto. Pensar la salud en términos de proceso y no de estado, nos acerca a una concepción del término que reconoce la singularidad de cada sujeto y que no contempla la posibilidad de realizar pronósticos estáticos e invariables.

Con el objetivo de situar otra de las contradicciones o discrepancias que presenta esta ley respecto al enfoque de los derechos humanos, resulta significativo recuperar el artículo 15 del Plan IACOP:

ARTÍCULO 15. — Integración. Cuando los sujetos que hayan tenido consumos problemáticos se encuentren en una situación de vulnerabilidad social que atente contra el pleno desarrollo de sus capacidades y de la realización de sus actividades, y tales circunstancias pongan en riesgo el éxito del tratamiento, el Estado los incorporará en dispositivos especiales de integración.” (Ley N° 26.934, 2014)

Según la ley, la incorporación en los dispositivos especiales de integración posee dos componentes: el educativo y el laboral. “El componente educativo tiene como objeto la inclusión al sistema. El componente laboral tiene como objeto la concreta inserción laboral, procurando hacer uso de las capacidades y las experiencias previas. (Ley N° 26.934, 2014)

La inserción al sistema educativo o laboral, ¿pretende conformarse como respuesta terapéutica a la problemática de consumo? ¿Es posible pensar que la ley en algún sentido homologa la vulnerabilidad social como causa del consumo? ¿Es posible pensar la inserción laboral y educativa como una modalidad coercitiva de tratamiento?

Entrelazamientos discursivos

Si retomamos históricamente el entrecruzamiento entre el discurso jurídico y las disciplinas del campo “psi” podemos identificar que se inscriben en el marco de un proyecto normalizador, disciplinador y de control social de la época. En nuestro país, durante el siglo XIX y XX, se desarrollaron prácticas en torno a nuestra profesión cuando aún no existía legítimamente la figura del psicólogo/a. En el marco de la constitución del Estado Nación y orientados por una ideología positivista, la psicología surge ligada a la psicopatología, a la psicología educacional y criminológica; llevando adelante prácticas de diagnóstico y siendo las mismas un importante ejercicio del poder sobre la vida de las personas.

Podríamos afirmar, que inicialmente, la figura del psicólogo/a era confundida con un actor de control social, el cual realizaba prácticas orientadas por una concepción de sujeto pensado desde la minusvalía, a quien, por lo tanto, correspondía “rehabilitar” y “reeducar”.

Actualmente, dichos posicionamientos han sido cuestionados, abriendo importante debates y controversias en el campo psi respecto de las perspectivas de los y las profesionales de la psicología y los modos de pensar nuestra práctica dentro y en articulación con el discurso jurídico.

Intentando posicionarnos desde un paradigma alternativo a dichas prácticas des-subjetivantes, correccionales, de control y disciplinamiento, sostenemos un posicionamiento ético que se enmarca en la perspectiva de los Derechos Humanos. En este sentido, nuestras prácticas irán dirigidas a aquellos sujetos que por diversos acontecimientos y tramas vitales permanecen ligados al ámbito judicial (Marquez, 2017).

Toda intervención es político - epistémica. Es decir, a cada práctica subyace una concepción de sujeto y de salud que se traduce en nuestras intervenciones. Como profesionales de la salud, ejercemos modos de poder, por lo tanto, entendemos que nuestras prácticas no son inocentes. Al posicionarnos desde un enfoque de los derechos humanos, pretendemos recuperar el carácter subjetivante de nuestras prácticas y reivindicar el papel del Estado como aquella institución que posee la potencia y la responsabilidad de garantizar el acceso a todos los derechos de sus ciudadanos. En palabras de Yago Di Nella (2005) “no hay salud mental posible, donde no se garantizan los derechos humanos. No hay posibilidades de una construcción de subjetividad donde predominan procesos de –y hacia la salud, cuando se vulneran derechos sistemática y permanentemente.” (p. 2). Para ello, la creación de políticas públicas es fundamental en la concreción de los derechos humanos y la transformación de instituciones que posibiliten la justicia social.

Los derechos humanos son definidos:

(...) como el contenido esencial, la sustancia del sistema democrático; ellos son el fundamento de un complejo sistema de promoción y garantía de desarrollo de las personas, de todas ellas, sin discriminación. Los derechos humanos orientan y limitan al Estado y sus órganos, le imponen deberes y le definen objetivos a realizar. (Marquez, 2017 en Bruñol, 1997).

La política pública con perspectiva de derechos humanos, se caracteriza por propiciar el empoderamiento de las personas y el cumplimiento de los estándares internacionales en materia de Derechos Humanos, los cuales aspiran a la libertad, la igualdad, la seguridad y la paz. De este modo, entendemos que un sujeto de derecho no es aquel sujeto pasivo, que requiere de asistencia del Estado, sino que es un sujeto activo, titular de derechos y con capacidades para el ejercicio de los mismos. Una de sus premisas fundamentales es el reconocimiento de la dignidad humana. Los derechos humanos, a su vez, son universales, inherentes a toda persona, inviolables, intransferibles, imprescriptibles, irrenunciables e interdependientes.

El sistema jurídico se constituye a partir de un ordenamiento que designa normas sociales, las cuales pretenden construir el orden social. La justicia penal comienza a intervenir sobre el consumo de sustancias cuando comienza a considerar que éstas resultan “peligrosas” para la sociedad. Sin embargo, aquello que resulta controversial es el criterio con el cuál se designa a una sustancia como “peligrosa”, ya que el carácter de ilegalidad que revisten muchas sustancias, no se corresponden con el potencial riesgo que pueden generar sobre la salud de las personas. Al decir de Baratta (1991), “la dependencia de drogas ilegales hoy resulta menos curable de lo que lo sería si no hubiera intervenido la justicia penal en esta zona problemática de la sociedad representada por la drogodependencia” (p. 198). En otros términos, la criminalización del consumo tuvo como consecuencia una criminalización y persecución del sistema penal a los sujetos que consumen, aumentando la estigmatización y el acceso a los servicios de salud, ya que la adicción deja de considerarse una problemática en salud para teñirse de prejuicios morales.

En realidad, en el sistema de la droga, la reacción social criminalizadora produce por sí misma la realidad que la legítima. La representación de la droga que está en la base de la política en este sector y que ha sido utilizada por parte de los "empresarios morales" en la construcción del problema social correspondiente es, en este sentido, una profecía que se autorrealiza" (Baratta, 1991, p. 199)

Figueirido, retomando a Baratta (1991) plantea que este autor, entiende que la categoría de “dependencia”, amparada por el discurso científico, ha servido para construir el estereotipo “drogadicto-enfermo” que al combinarse con el estereotipo “drogadicto-delincuente”, el sujeto es aislado simbólicamente dados los imaginarios sociales contruidos, de aquello que es considerado como la población “sana”. Como consecuencia, los sujetos asumen el estereotipo asignado y terminan reforzando el papel que les fue asignado (p. 170). En esta misma línea, el autor plantea que el sistema penal es un gestor de estereotipos que funciona de manera políticamente selectiva (p. 171). Dicho de otro modo, la criminalización secundaria es definida como una selección realizada por el sistema penal, de aquellas conductas y sujetos cargados de estereotipos considerados “peligrosos”, a los cuales corresponde, priorizando esta preconcepción, prisionizar. Pensar la integración de estos sujetos a la comunidad, nos obliga a cuestionar no sólo el sistema penal sino también las barreras sociales que dificultan este proceso. Es importante destacar, en palabras de Foucault (1999) que, en el mismo acto de encauzar la docilidad,

se fabrica la delincuencia. La sociedad panóptica, en la cual el encarcelamiento es una armadura omnipresente, el delincuente no está fuera de la ley, está desde el comienzo, en la ley, en el centro de esos mecanismos que hacen pasar de la disciplina a la ley y de la ley a la infracción. El delincuente es un producto de la institución. (p. 280-281)

Baratta (1991) plantea que los efectos de las drogas pueden dividirse en primarios y secundarios. Los primarios corresponden a aquellos producidos por la naturaleza de la droga, independiente de la penalización o no de la sustancia que se consume (así sean positivos o negativos), mientras que los efectos secundarios se vinculan a los efectos directos de la criminalización, siendo estos, siempre negativos (p.p. 213-214). Es decir, los efectos secundarios se corresponden con aquellos costos sociales derivados de la penalización de la droga, como, por ejemplo: la marginación o aislamiento social, la represión, la patologización de los consumidores, entre otros.

Sin duda, las circunstancias en las cuales se produce el consumo no resulta un elemento insignificante para nuestro análisis, ya que la complejidad de los consumos requiere contemplar qué se consume, cómo, cuándo y de qué modo. En este sentido, al decir de Baratta (1991):

(...) la mayoría de los efectos más graves de la droga sobre la salud y el estatus social del drogodependiente dependen de las circunstancias en que se produce el consumo de droga ilegal en un régimen prohibicionista: la calidad de la sustancia, que no está sometida a ningún control debido a que es mercancía ilegal; las condiciones higiénicas y de vida en que se realiza el consumo, que añaden muchos nuevos riesgos a los efectos primarios, el precio elevado de las drogas, que favorece la inserción de una parte de los drogodependientes en el contexto criminal del tráfico para procurarse la sustancia, o induce a otras conductas ilegales con la misma finalidad. (p. 207)

Podríamos afirmar entonces, que existe una enorme población de consumidores que son sometidos a una doble criminalización, por consumir drogas ilegales y por pertenecer a determinado estatus social que suele ser perseguido a causa de su estigmatización como “peligrosos”.

“...La acción de la justicia penal en el control de la droga demuestran que la penalización no es un medio útil para controlar y resolver los problemas de la drogodependencia sino que, por el contrario, los agrava” (Baratta, 1991, p. 211) Sin dudas, la penalización de la droga resulta una respuesta insuficiente y deficiente del sistema penal, la cual no solo no logra su objetivo: reducir el consumo, sino que además, incrementa la población carcelaria, deteriora la calidad de vida de los sujetos que encierra, vulnera sus derechos e inserta a muchos sujetos en el circuito penal a causa del consumo.

El Sistema Nacional de Estadísticas sobre Ejecución de la Pena (SNEEP) muestra las características y situación de las personas privadas de la libertad en nuestro país. A partir del último informe elaborado en 2022, es posible identificar dentro de la provincia de Entre Ríos que los sujetos privados de su libertad corresponden a una población con las siguientes características: el 37% tiene entre 25 y 34 años y el 26% entre 35 a 44 años, el 96,6% son varones, el 32% tiene el primario completo, otro 30% el secundario

incompleto y el 23% el primario incompleto, el 61% es trabajador de tiempo parcial, mientras que el 25% el trabajador de tiempo completo. Dentro de los delitos con mayores menciones, las infracciones a la Ley de Estupefacentes (23.737) ocupa el tercer lugar con 514 menciones, antecedido por delitos por violaciones o abuso sexual (571) y delitos por robo y/o tentativa de robo (661). Del total de la población penitenciaria, al 92.3% no le fueron otorgadas salidas transitorias, el 96.9% no está incorporado al régimen de semilibertad, el 99% no está incorporado al programa de prelibertad y el 98.9% no tuvo reducción de la pena.

A partir de estos datos, podemos inferir que la población detenida y privada de su libertad en nuestro país, es una población joven, en su mayoría son varones los cuales no lograron completar sus estudios secundarios y poseen trabajos de tiempo parcial, la mayor parte de ellos. Retomando el concepto de criminalización secundaria nos preguntamos: ¿es posible pensar que esta población en particular, es representativa de la población total del país que lleva adelante actos delictivos, o más bien, resulta un fragmento de la población que es perseguida a causa de portar ciertas características consideradas “peligrosas”?

Teniendo en cuenta los datos respecto de los programas de semilibertad, prelibertad y reducción de la pena, es posible cuestionar la lógica correccional y totalizante del poder punitivo y replicar la denuncia realizada por numerosos autores al fracaso de las ideologías “re” (reeducar, resocializar, reinsertar) que buscan sostener estas instituciones.

Modelos de abordaje

Graciela Touzé (2010) plantea que los modelos son esquemas que están formados por una ideología, lo cual significa que imponen un orden a los elementos de la realidad de acuerdo a la visión del mundo que cada modelo posee (p. 43). En la clasificación que la autora trabaja, va a mencionar los siguientes modos de abordajes: el modelo ético-jurídico, el modelo médico-sanitario, el modelo psicosocial, el modelo sociocultural, el modelo multidimensional y el enfoque de reducción de daños y riesgos. Según Benedetti (2015), los modelos deben leerse en clave de época y situación (p. 34), es decir, conocer las particularidades del contexto donde llevamos adelante nuestras prácticas nos permitirá problematizar estos esquemas conceptuales, éticos e ideológicos.

Si bien no existe un único modo de ordenar las estrategias de abordaje de los consumos problemáticos, a continuación sistematizamos algunos modelos de abordaje, a los fines de pensar y problematizar las prácticas en el campo:

Modelo jurídico

En principio, es importante aclarar, que sí bien este modelo de abordaje no se constituye como un abordaje clínico de los consumos problemáticos en cuanto tal, representa una serie de prácticas y acciones que tiene efectos sobre los sujetos que consumen y sobre su salud.

Edith Benedetti (2015) en uno de sus textos plantea que, tanto la sociedad en general como los

profesionales de la salud, conservan representaciones sociales acerca del consumo problemático que los asocian mecánicamente con ilegalidad, delincuencia, marginalidad, encierro, internación, comunidades terapéuticas, entre otras, las cuales asocian los tratamientos con estrategias de prohibición y abstinencia (p. 17) En este sentido, proponemos pensar este modelo como un modelo de abordaje que se articula, en ocasiones, con el modelo médico.

Siguiendo a la autora, este modelo es históricamente el primer modelo preventivo asistencial. Siendo incapaz de contemplar la complejidad de la problemática de consumo y las múltiples dimensiones que abarca, pone su eje de análisis en la sustancia psicoactiva de carácter ilegal (objeto de todos los males). Es un modelo principalmente jurídico, ya que aquello que resulta problemático es la acción delictiva, es decir, aquel que viola la ley, deja de ser consumidor para ser un delincuente o transgresor. Sí bien, entendemos que no todo consumo es problemático, e incluso, que el consumo problemático puede darse en relación a sustancias legales como el alcohol, dicho modelo reduce la problemática a una dimensión estrictamente normativa. Como respuesta a este problema de ilegalidad, responde vía el sistema punitivo: prohíbe su consumo, elaboración, circulación y penaliza al consumidor (Benedetti, 2015)

Modelo médico

Según Benedetti (2015), este modelo surge a mediados del siglo XX como una variación del modelo preventivo asistencial de enfermedades infectocontagiosas, ya que las adicciones son leídas ahora, ya no como transgresiones ante la ley, sino como enfermedades. Al igual que el modelo anterior, el eje de análisis recae sobre la sustancia y no sobre el sujeto, dado que se prioriza el potencial adictivo de la sustancia. Aquello que constituye el problema, no es el carácter de ilegalidad de la sustancia sino los efectos clínicos de una sustancia, leídos siempre en términos negativos (p.p. 25-26).

Tal como explica la autora, la distinción entre sustancias legales e ilegales no resulta relevante, ya que ambas pueden constituirse como problemáticas para el sujeto. Las estrategias en salud dentro de este modelo, giran en torno al control y disciplinamiento sociales, vía la abstinencia. Es decir, ya no se aplica una sanción normativa sino que se busca reducir el consumo a cero. En el caso de la prevención, a través de estrategias centradas en la comunicación de los potenciales daños que podría producir una sustancia, como por ejemplo las campañas publicitarias, y en el caso de la asistencia, estrategias coercitivas que apuntan a suprimir totalmente el consumo, orientadas por reglas rígidas que en caso de no cumplirse son seguidas de sanciones (p.p. 26-27)

En este sentido, los distintos momentos en el tratamiento de un sujeto, son leídos en función de la lógica abstencionista. Es así que, el consumo reiterado durante el tratamiento es pensado en términos de recaída, vinculado al concepto de recidiva, es decir, designa la reaparición de una enfermedad después de transcurrido el padecimiento y su cura (Benedetti, 2015, p. 31)

Este modelo se caracteriza además, por privilegiar la institucionalización del sujeto e incluso utiliza mecanismos que asignan poca participación al sujeto.

Modelo de abordaje integral

A los fines de realizar una descripción detallada de este modelo, ordenaremos su caracterización en tres ejes que nos permitirán comprender aquellas ideas fuerza que lo estructuran: la estrategia de reducción de riesgos y daños, el enfoque comunitario en salud mental y la perspectiva interdisciplinaria. Dicho ordenamiento, pretende complejizar el denominado “modelo integral comunitario” y “el modelo de reducción de riesgos y daños”, desarrollado extensamente por diversos autores. En este sentido, consideramos que dichas perspectivas son solidarias entre sí y podrían articularse en aquello que decidimos nombrar como “modelo de abordaje integral”.

El modelo o estrategia de reducción de riesgos y daños, puede ser definido como:

(...) una política pública en relación a la salud y a lo social que es relativamente nueva y ha tomado fuerza en el mundo fundamentalmente a raíz de la alta incidencia de la transmisión del HIV/SIDA en los usuarios de drogas inyectables. (Inchaurreaga, S., 1999, p. 9)

Según sitúa Benedetti (2015), los costos sociales, sanitarios y económicos de esta enfermedad, eran superiores a los daños producidos por las sustancias psicoactivas. Es así que, tal como señala Brettle, el incremento de la mortalidad en usuarios de drogas ha sido uno de los indicadores para definir a la reducción de riesgos y daños como una estrategia de salud pública. A su vez, uno de sus principales antecedentes, es la creación en 1926 del Comité Rolleston en Inglaterra, que llevaba adelante estrategias de intervención en las cuales prescribían heroína o cocaína para favorecer la desintoxicación progresiva. Dicha modelo, se constituye también, como una respuesta alternativa frente al fracaso de perspectivas y estrategias prohibicionista - abstencionistas (p. 32). Autores como Riley y O'Hare sitúan las raíces de este modelo en el Reino Unido, Países Bajos y Norteamérica. Dentro de estos países las primeras estrategias se iniciaron con programas que incluyeron cambios de jeringas, asesoramiento, prescripción de drogas y servicios de empleo y vivienda (Inchaurreaga, 1999).

Actualmente, podemos afirmar que uno de los objetivos centrales del modelo de reducción de riesgos y daños apunta a disminuir los riesgos o consecuencias asociadas al consumo. Para ello, deberá garantizar el acceso a la información, el acceso al sistema de salud y también desarrollará estrategias de prevención con la comunidad en general, a los fines de reducir los costos sociales y subjetivos que producen la estigmatización y penalización de los usuarios, lo cual tiene como consecuencia la exclusión social y la vulneración de derechos. “El esquema de reducción de daños puede usarse como una forma de objetivar mejor el proceso de evaluación, tanto de los programas de drogas como de las políticas, permitiendo la identificación de los daños con los que hay que lidiar” (Inchaurreaga, S., 1999, p. 18) Uno de los principios que orientan la acción de este modelo va dirigido al reconocimiento de la capacidad de las personas para desarrollar formas de cuidado que les permitan modificar prácticas riesgosas para su salud (Goltzman, 2016, en Rossi, , 2016, p. 9).

Según diversos autores, dentro de este modelo “el eje no está en la sustancia, sino en un componente profundamente subjetivo, tiene que ver con cómo los sujetos se relacionan con un objeto (...) Se trata de un proyecto de empoderamiento de las personas para la ciudadanía.” (Goltzman, 2016 en Tesolini y

Farias, 2016, p. 14)

Desde esta perspectiva el sujeto es comprendido como sujeto de derechos, lo que significa que el sujeto es titular de derechos, los cuales le deben ser garantizados. Entonces, hablamos de un sujeto activo, responsable y con participación en el proceso terapéutico. El sujeto, es abordado desde su complejidad, situado en un contexto particular y atravesado por una historia singular. En este sentido, la reducción de daños entiende que el consumo de ciertas sustancias es inevitable e incluso representa una elección del sujeto. A su vez, el consumo es condición dentro del modelo de producción actual.

Siguiendo a Benedetti (2015), la abstinencia en el consumo no es condición de inicio del tratamiento, incluso el consumo durante el tratamiento no es leído es término de recaídas, falla o transgresión, como en otros modelos, sino que se propone hablar de “consumo responsable” o “regulación del consumo” (p. 36). La autora propone entender a la regulación del consumo como “un movimiento en la posición subjetiva del paciente, que consiste en un efecto clínico” (p. 38). Es decir, el consumo en la medida en que se regula, deja de representar un problema para el sujeto, pudiendo lograr un consumo responsable y no necesariamente una ausencia del consumo. Asimismo, se propone un “umbral mínimo de exigencias o umbral mínimo de requerimientos” para el inicio del tratamiento (p. 37), los cuales se construyen como condición necesaria para el tratamiento y a su vez, para activar el compromiso y la responsabilidad de los sujetos.

Una concepción del sujeto en su dimensión histórica, social y cultural, nos permitirá:

(...) ofrecer intervenciones adecuadas a las necesidades del sujeto desde la complejidad que la problemática requiere. Intervenir para la reconstrucción del lazo social, la construcción de un proyecto personal y articulado en lo grupal y social, y la escucha como posibilitadora de este proceso. (Benedetti, E., 2015, p.p. 37-38)

En este sentido, es necesario que las estrategias de reducción de riesgos y daños incorporen a la comunidad como un elemento fundamental en la construcción de estrategias de acompañamiento y cuidado.

El enfoque comunitario implica diseñar estrategias que tomen en consideración la voz y la experiencia de la comunidad contemplando la diversidad. En este sentido, se diseñan acciones concretas que respetan y acompañan las diferencias culturales; de este modo, se recuperan y se valorizan prácticas y saberes de la vida cotidiana de la comunidad. (Ministerio de Desarrollo Social-APRECOD, p. 31)

Un abordaje que contemple a la comunidad como eje central, supone la necesidad de conocer los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de esa comunidad en particular, así como también, todas aquellas dimensiones que se incorporan a este proceso: la identidad cultural de cada comunidad, sus costumbres, las instituciones con las cuales se referencian, sus trabajos y oficios, su organización territorial, las formas de cuidado que construyen, entre otras.

Los sujetos construyen y establecen prácticas de cuidado más allá de los centros de salud, lo que muchas veces se traduce en una mayor efectividad en las formas de cuidar y en los resultados alcanzados. Esto se explica por el hecho de que este tipo de prácticas generan una mayor sensibilidad, confianza, pertenencia y horizontalidad, lo que se traduce en un mayor bienestar de las personas. (Ministerio de Desarrollo Social-APRECOD, p. 33)

Tal como señalan los autores, contemplar las particularidades de cada comunidad nos permite conocer las significaciones que cada comunidad le otorga al consumo y, en este sentido, reconocer la heterogeneidad de los consumos (p. 33), para delinear estrategias de prevención y atención, acordes a cada contexto.

Para diversos autores el enfoque de reducción de riesgos y daños, no puede ser pensado a expensas del enfoque de derecho, inserto en un sistema democrático. En un interesante debate, proponen problematizar la categoría de “riesgo”, ya que, pensar en términos de riesgo supone contemplar que existe un daño instalado. En este sentido, proponen una reivindicación de este modelo, la cual apunta hacia una visión más amplia, que sitúa a la reducción de riesgos y daños no solo como estrategia (en términos de atención o prevención) sino como un *movimiento político*, feminista, anticapitalista y antiracista que contemple la ampliación de derechos como eje transversal (Ministerio de Desarrollo Social-APRECOD, p.22) y como *ética del cuidado* capaz de integrarse en las prácticas de salud mental y de la atención primaria de la salud (p. 32). Es así que los autores proponen hablar de reducción de vulnerabilidad. Desde esta perspectiva, la desafiliación es un problema fundamental en las problemáticas de consumo, lo cual obliga a incluir en las estrategias de abordaje la construcción de vínculos, la confianza y la necesidad de alojar (Ministerio de Desarrollo Social-APRECOD, p. 33).

Pensar las problemáticas en términos integrales y complejos, involucra necesariamente un abordaje interdisciplinario e intersectorial.

Hablar de interdisciplina significa situarse necesariamente en un paradigma pos positivista.

Reconocer una contraseña que agrupa a quienes adhieren, de diversas maneras, a una epistemología que no homologa el objeto del conocimiento al objeto real, que reconoce la historicidad y por lo tanto la relatividad de la construcción de los saberes disciplinarios, que no supone relaciones lineales de causalidad y que antepone la comprensión de la complejidad a la búsqueda de las partículas aisladas. (Stolkiner, A., 2005, p. 5)

Stolkiner (2005) conceptualiza a la interdisciplina como un posicionamiento que obliga a reconocer la incompletud de cada disciplina (p. 5). La misma requiere, según las autoras, de la construcción de un marco conceptual común entre las disciplinas, lo que posibilita la cooperación y flexibilidad. A su vez, la complejidad de las problemáticas del campo de prácticas, exige delinear abordajes que incluyan diferentes instituciones y organizaciones territoriales de distintos sectores como salud, educación, vivienda. Los sujetos se encuentran vinculados a diversas redes que constituyen dinámicas comunitarias

singulares. En este sentido, tanto la interdisciplina como el trabajo intersectorial, representan los ejes fundamentales del modelo de abordaje integral.

Narrativas

Bárbara Biglia (2009) sitúa que “las narrativas se constituyen como nuevos objetos de análisis discursivo, atribuyéndoles una importancia relevante en la capacidad de descripción de realidades subjetivas” (p. 1). Para ella, las narrativas permiten tomar distancia de las tradiciones positivistas y recuperar la voz singular del sujeto que relata, poniendo en cuestión “la realidad objetiva” como categoría absoluta del cientificismo.

Stolkiner (2005), retomando a Alvesson y Skölldberg, plantea que “reconocer que no existe un constructo teórico sin sujeto implica una relativización del concepto de objetividad que incluye dentro de la producción misma de conocimientos la dimensión ética y política de los mismos” (p. 5). Entendemos que no hay relato sin sujeto, en este sentido recuperar las narrativas de los profesionales de la salud mental involucra reparar en aquellas experiencias subjetivas acerca de cómo perciben, piensan y llevan adelante sus intervenciones en un contexto y momento histórico específico. En este punto, recuperar el relato en el presente de cada profesional, tiene para nosotros un valor singular. Para Biglia (2009) las narrativas en “su carácter productivo y potencialmente político viene resaltado con el reconocimiento de su parcialidad (debida al posicionamiento situado de quienes las producen) y su temporalidad (abierta a ser modificada con el pasar del tiempo).” (p. 14) En palabras de Paul Ricoeur (2000):

(...) La diferencia evidente entre historia verdadera y relato de ficción no es irreductible y que la función narrativa encuentra precisamente su unidad fundamental en poder articular de manera diferente, hay que reconocerlo, la misma temporalidad profunda de la existencia. (p. 1)

La actividad narrativa es la expresión discursiva privilegiada de la preocupación y de su “volver presente”. El relato, en efecto, representa al hombre activo que se orienta en las circunstancias que él no ha creado y despliega consecuencias que no ha querido. (p. 8)

La categoría “Narrativas” resulta apropiada al momento de conocer e indagar en las concepciones de los profesionales y las traducciones prácticas de las mismas, ya que evita caer en simplificaciones de la realidad, posibilitando un análisis de los diversos discursos, a partir de líneas políticas y epistemológicas que nos atraviesan como sujetos históricos.

Privilegiando también, una lectura psicoanalítica, las narrativas nos permiten pensar los atravesamientos del lenguaje y del Otro, sobre el sujeto. Estas marcas del Otro, dejan un resto, un indecible. La falta estructural del lenguaje es aquella que funda el malentendido. En este punto, algo de la singularidad de quien enuncia se imprime frente a este límite de la palabra.

Freud descubre en el inconsciente esta dimensión del engaño, nos muestra que en el ser

humano algo habla con conocimiento de causa por fuera del soporte de la conciencia racional. Cuando un ser habla es preciso admitirlo, lo hace bajo una dimensión que no se confunde con la del ego, por la sencilla razón de que su decir expresa mucho más de lo que supone ser.

(...) No hay dos enunciaciones iguales aun cuando se intente repetir el mismo enunciado. No hay igualdad, identidad, sino identificación: nos identificamos a significantes, los cuales no están abrochados a los sentidos. (Aliani, N., 2016, 130-131)

Ana María Fernández (1997), al problematizar la tarea investigativa que acuña a una única disciplina, plantea que uno de los riesgos es caer en lo que ella denomina “psicoanalismos”, es decir, construcciones teóricas reduccionistas. En este sentido plantea:

Condiciones de la subjetividad para hacer masa, para producir creencias, esto es a mi criterio un aporte insoslayable del Psicoanálisis a la teoría social y a la teoría política. Cuando se aplican narrativas "psi" a los procesos colectivos se traspola desde el punto de vista epistemológico, pero también se genera un hecho político: aquel que captura la producción de sentidos despolitizando la lectura de acontecimientos colectivos. Ofrecer una narrativa "psi" implica varias naturalizaciones, con sus correspondientes invisibilizaciones. (p. 30)

Esta breve crítica, la lleva a la autora a proponer abordajes transdisciplinarios, es decir, sostener prácticas en articulación con otros campos de saberes, ya que dada la complejidad del campo, no es posible la simplificación unidisciplinar. Para Fernández (1997), esta forma de indagación inclusiva permitirá avanzar en el par dialéctico que en sucesivas ocasiones se ha separado: “lo social” y “lo mental”. (p. 31)

Sobre un posicionamiento ético-político-epistémico en salud mental

Si realizáramos un recorrido histórico a los fines de rastrear el posicionamiento ético y político que han tenido los profesionales de la salud mental y las prácticas dentro del cuerpo social, sin dudas en nuestro país nos encontramos con muchas fluctuaciones. Di Nella (2005), plantea que el perfil profesional surge de la articulación entre la formación y la práctica.

En la década del 60`, estos profesionales eran vistos como agentes de cambio social, ligados a un compromiso político y a la transformación social, con una fuerte conciencia crítica. En los 70`encontramos la figura del trabajador de la salud mental. La enfermedad, era comprendida en su interjuego con el conjunto social, por lo que era abordada de manera integral. Desde mediados de los 70`, entrando a la década del 80` se destaca la figura del psicoanalista, orientado hacia la profesión liberal, privada e individualista y alineado a una pretendida “neutralidad social”, “a-histórica” y “a-política”. En los 90`, no es posible definir tajantemente un perfil, pero podemos encontrar un profesional cuestionado respecto de su compromiso social. Del 2000 en adelante, se arribó a una reconstrucción del profesional de la salud como actor de transformación social, recuperando el compromiso de este con la comunidad. El autor entiende que esta resignificación de las prácticas profesionales, parte de una reacción desesperada frente a la complejidad de las problemáticas que nos encontramos en la práctica,

la cual en muchas ocasiones suele generar en los recién graduados una sensación de desaliento que tiene como desenlace el encierro intelectual, como intento de aprehender algo de la complejidad de la realidad (p.p. 4-5).

En este sentido, cabe interrogarnos, ¿cómo construir un pensamiento teórico-práctico sin quedar presos en el pensamiento de la universalización, de la verdad absoluta, estanca y a-histórica?

Retomando la figura del intelectual específico, Foucault anuda las relaciones entre verdad y poder. Entendemos que los profesionales mantienen una relación específica al saber disciplinar y a su vez, ocupan una posición ligada a un dispositivo de verdad de una sociedad. Pensar la complejidad de las problemáticas que atraviesan el campo implica involucrarnos en las luchas, en las especificidades que caracterizan al territorio de nuestra práctica. Anudado entonces, a la especificidad de su posición de clase, de sus condiciones de vida y de su trabajo, el intelectual sostiene un posicionamiento que produce efectos. Foucault entiende que el problema del intelectual no tiene que ver con criticar los contenidos ideológicos de la ciencia o buscar una ideología justa, sino más bien tiene que ver con construir una nueva política de la verdad, la cual se encuentra sostenida por un régimen político, económico e institucional.

Paula Goltzman (2016), al problematizar el campo de los consumos problemáticos, entiende que suele generarse una despolitización de las prácticas a través de tres discursos: la medicalización/patologización, la judicialización y la victimización. La medicalización se encuentra vinculada a la hegemonía del discurso médico y la exagerada expectativa sobre sus intervenciones, lo cual oculta, para la autora, la dimensión política que explica las condiciones que crearon la situación de consumo. “Medicalizar a los “dependientes de estupefacientes” constituye un intento de desplazar el problema reduciéndolo a una cuestión meramente técnica que oculta su carácter socio político” (Sklarevich, S. y Marquez, A., 2005, p. 5). El discurso jurídico, se encuentra entramado con esta problemática, debido a la criminalización de las prácticas de consumo. En este sentido, la figura del juez adquiere un papel protagónico en las expresiones de ejercicio de poder, al decidir e incluso obligar a muchos sujetos a realizar tratamientos (Goltzman, 2016).

El discurso de la victimización, se encuentra ligado a la estigmatización social de los sujetos que consumen. “La victimización ubica al sujeto en un lugar de mucha irresponsabilidad. Y en tanto uno no puede ser responsable, no puede transformar sus propias prácticas.” (Goltzman, 2016, p. 45)

Los discursos de la medicalización, la judicialización y victimización como factores de despolitización del consumo de drogas, nos ponen frente a una pregunta clásica del marxismo que tiene que ver con cómo los intereses de la clase dominante se vuelven sentido común. (Goltzman, 2016, en Hojman, G., 2016, p. 50)

Problematizar estos discursos implica una disputa de sentidos y de poder en el campo de la salud mental, lo cual adquiere particular relevancia al momento de capitalizar nuestras luchas para modificar las prácticas e instituir nuevas concepciones en el campo social.

El enfoque de los derechos humanos y la perspectiva interdisciplinaria, como posicionamientos políticos

y éticos, son dos ejes transversales en nuestra práctica como futuros profesionales. El mismo parte de considerar a toda persona, sin excepción alguna, como sujetos de derechos, basándose en la dignidad y autonomía de las personas.

Las prácticas de los profesionales de la psicología no se realizan de manera aislada, como plantea el positivismo, el cual propone una fragmentación de las disciplinas en compartimentos estancos que dividen el objeto de conocimiento e intervención. A su vez, entendiendo a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ley 26657, 2010), considero que el abordaje de la misma, a través una única disciplina, resulta insuficiente para dar respuesta de manera integral. Es por eso, que nuestros abordajes deben ser pensados a partir de un trabajo interdisciplinario e intersectorial, que comprometa a otros actores institucionales y a la población en general, como modo de efectivizar los derechos de las personas.

De esta forma los cuerpos teóricos funcionan como "cajas de herramientas" es decir, aportan instrumentos y no sistemas conceptuales; instrumentos teóricos que incluyen en su reflexión una dimensión histórica de las situaciones que analizan; herramienta que junto a otras herramientas, se produce para ser probada en el criterio de su universo, en conexiones múltiples, locales y plurales con otros quehaceres teóricos. (Fernández, A., 1997, p.p. 19-20)

Estos dos ejes de trabajo son indisolubles, ya que como nos enseña Stolkiner (1987), las problemáticas que acontecen en el campo son indisciplinadas, por lo que la intervención de una única disciplina resulta insuficiente (p. 313). En palabras de Foucault (1990):

(...) desde el momento en que la politización se opera a partir de la actividad específica de cada uno, el umbral de la escritura, como marca sacralizante del intelectual, desaparece; y pueden producirse entonces lazos transversales de saber a saber, de un punto de politización al otro: así los magistrados y los psiquiatras, los médicos y los trabajadores sociales, los trabajadores de laboratorio y los sociólogos pueden cada uno en su lugar propio y mediante intercambios y ayudas, participar en una politización global de los intelectuales. (p. 184)

Desde este punto de vista y retomando a Bourdieu (1999), es esencial sostener una reflexión crítica de nuestras prácticas, revisar los lugares de poder desde los que operamos y las lógicas de dominación que nos atraviesan (p. 1).

A su vez, retomando a Volnovich (1998), entendemos que nuestro posicionamiento como psicoanalistas, no se reduce a una teoría ni a una técnica o método, sino que la ética del psicoanálisis no puede constituirse a expensas de lo político (p. 2). Resulta impensado sostener desde el psicoanálisis, ética que prioriza la singularidad y entiende que el sujeto no es sin el otro y sin un Otro, que como profesionales de la salud no debemos tomar posicionamiento frente a la vulneración de derechos, resguardándonos en una pretendida “neutralidad”. En esta misma línea, Ana María Fernández (1997) recupera la importancia de evitar los psicoanalismos, es decir, aquellas narrativas que despolitizan los acontecimientos

colectivos y trasponen la teoría de lo inconsciente para explicar los fenómenos sociales. En este sentido, para la autora, a los fines de evitar abordajes unidisciplinarios y reduccionistas de problemáticas sociales tan complejas, es fundamental para el psicoanálisis problematizar los efectos de verdad que crea, genealogizar las condiciones históricas de producción de sus conceptos, dilucidar sus efectos en el disciplinamiento social y deconstruir los binarismos donde ha quedado atrapado su tratamiento de la diferencia (p. 32).

Frente a la avanzada de la ideología neoliberal, es imprescindible oponernos a convicciones individualizantes, desubjetivantes y avasalladoras del lazo social, recuperando la potencia de los colectivos, las redes, el pensamiento crítico y el papel del Estado como la única institución que puede garantizar los derechos de todas las personas.

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

Tipo de diseño

El diseño escogido para la presente investigación es de tipo cualitativo. Según Maxwell (1996), esta concepción del diseño representa una estructura interconectada y flexible, que involucra “virajes” entre los diferentes componentes del diseño, lo cual nos permite evaluar las implicancias de los propósitos, teorías, preguntas de investigación y métodos (p.p. 2-3).

Teniendo en cuenta la pregunta de investigación, la cual apunta a indagar las narrativas de sus concepciones en relación a los abordaje en consumo problemático de los profesionales de la salud mental; el conocimiento obtenido tras la investigación posee la singularidad propia que construye cada profesional, así como también existen otros factores, como la trama institucional que los atraviesa y el contexto en el que se inserta esta institución, los cuales tiñen de características particulares el objeto de conocimiento. En este sentido, el tipo de diseño escogido nos permite apelar a la singularidad del contexto investigativo y de sus actores.

Selección del contexto

Respecto al escenario a investigar, el Centro Huella presenta un escenario de tipo reglado, ya que es un efector del sistema público de salud, con sede en el Barrio Quintas al Este y tiene alrededor de 30 años de trayectoria. Actualmente, depende de la Dirección Provincial de Salud Mental. Cuenta con distintos profesionales como psicólogos/as, psiquiatras, trabajador/as sociales, terapistas ocupacionales, psicopedagoga y acompañante terapéutico. En la actualidad, está compuesta por 40 trabajadores.

Unidad de análisis y unidad de información

La unidad de análisis fueron las narrativas de los profesionales de la Salud Mental de equipos interdisciplinarios del Centro Huella de la ciudad de Paraná. Los profesionales de la salud entrevistados fueron seis, de los cuales sus disciplinas son: abogacía, psicología, medicina y enfermería.

Las unidades de información fueron los profesionales de dichos equipos interdisciplinarios, el director de la institución, documentos institucionales y marcos normativos.

Técnicas de recolección de datos

Según Guber (2004)

(...) las técnicas son las herramientas del investigador para acceder a los sujetos de estudio y su mundo social.

(...) son una serie de procedimientos, con grado variable de formalización -y ritualización-, que permiten obtener información en una situación de encuentro, en el marco de una relación social (p. 56).

Estas técnicas no son recetas ni deben aplicarse mecánicamente, por lo que requieren de cierta

flexibilidad para adaptarse a los requerimientos del campo y a aquello que no es posible anticipar. En este sentido, se decidió utilizar como técnicas de recolección de datos entrevistas semidirigidas individuales y grupales, ya que se adaptan al tipo de escenario explicitado. Se realizaron cinco entrevistas, cuatro de ellas fueron individuales, mientras que la última entrevista se concretó de forma grupal, participando dos profesionales de disciplinas diferentes. Los/las profesionales entrevistados, representaban las siguientes disciplinas: Licenciatura en Psicología, Abogacía, Medicina y Enfermería. Dentro de los documentos y marcos normativos utilizados para la recolección y análisis de datos fueron tenidos en cuenta: Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, Ley de Estupefacientes N° 23.737, Plan Integral para el Abordaje de Consumo Problemático Ley N° 26.934 y Ley N° 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. A su vez, se tuvo en cuenta para el análisis de los datos un documento institucional: la ficha correspondiente al "Protocolo de Admisión".

Técnicas de análisis de datos

A los fines de arribar a una visión integral y compleja de la problemática, para el análisis de la información se llevó adelante una triangulación de métodos.

Se cree que las debilidades de cada estrategia en particular no se superponen con las de las otras y que en cambio sus fortalezas sí se suman. Se supone que, al utilizar una sola estrategia, los estudios son más vulnerables a sesgos y a fallas metodológicas inherentes a cada estrategia y que la triangulación ofrece la alternativa de poder visualizar un problema desde diferentes ángulos. (Benavides, O. y Gomez-Restrepo, C., 2005, p. 1)

La triangulación es una herramienta enriquecedora que le confiere a un estudio rigor, profundidad, complejidad y permite dar grados variables de consistencia a los hallazgos. (p. 3) Siguiendo a dichos autores, la triangulación de métodos representa una articulación de diferentes técnicas de análisis, que nos permitirán ampliar y profundizar nuestra comprensión, así como también analizar una misma problemática desde diferentes acercamientos (Benavides y Gomez-Restrepo, 2005) La triangulación de datos, entonces, "consiste en la verificación y comparación de la información obtenida en diferentes momentos mediante los diferentes métodos" (Benavides, O. y Gomez-Restrepo, C., 2005, p. 2).

Las técnicas de análisis de los datos fueron: análisis de frases significativas a partir de las entrevistas y análisis de documentos. El análisis de frases significativas nos permite tomar la entrevista como un texto, como un todo, como una única unidad de significación (Díaz, R y Badano, M., 2005, p.2), para posteriormente comenzar a desmontar el texto, al decir de los autores, operando sobre el discurso textualizado (Díaz, R y Badano, M., 2005, p.2). El recorrido por la entrevista, nos permitió extraer diferentes categorías de sentido que posibilitaron la construcción de distintos niveles de análisis para desmontar el sentido en el decir.

Pinto Molina (1989) retomando una definición de Gardin plantea que el análisis de documentos es "la extracción del significado de los documentos escritos" (p. 325), posteriormente el autor agrega que dicho

análisis documental se constituye como:

(...) un conjunto de operaciones (unas de orden intelectual y otras mecánicas y repetitivas) que afectan al contenido y a la forma de los documentos originales, reelaborándolos y transformándolos en otros de carácter instrumental o secundarios, con el objetivo de facilitar al usuario la identificación precisa, la recuperación y la difusión de aquellos. (p. 328)

En este sentido, el análisis realizado sobre los marcos normativos y el “Protocolo de Admisión” del Centro Huella, se puso en tensión con el análisis de las entrevistas, permitiendo recuperar de este modo, ciertos debates e interrogantes en el campo social, así como también, en el campo de la salud mental.

CAPÍTULO III: ANÁLISIS

“Centro Huella”: contextualización y caracterización institucional.

El Centro Huella es efector del sistema público de salud, especializado en consumo problemático con sede en la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos. Forma parte de aquellos establecimientos destinados al diagnóstico, tratamiento ambulatorio sin internación en Salud Mental, dependiente de la Dirección Provincial de Salud Mental. A su vez, brinda una atención clínico territorial en dispositivos de atención individuales y grupales en su sede, y desarrolla programas y actividades hacia el territorio con distintas organizaciones e instituciones (estatales y no estatales).

Dicha institución nace en el año 1994, como un programa vinculado a la Dirección de Integración Comunitaria, impulsado por la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR), organismo encargado de coordinar y desarrollar políticas públicas enfocadas en la prevención, atención, asistencia y acompañamiento de personas con consumos problemáticos de sustancias. A partir de entonces, atravesó por varias modificaciones. Su sede actual, es adquirida a partir de un convenio de la SEDRONAR y su función es atender, con exclusividad, los consumos problemáticos. Dicha institución recibió varias nominaciones, en su momento fue nombrada “Centro de Referencia en Atención Provincial en Problemáticas de Consumo” y dependía de la Dirección de Integración Comunitaria. En el año 2010, el Centro Huella comienza a recibir una partida presupuestaria similar a un Centro de Salud e inicia las gestiones para pasar de la órbita del Ministerio de Desarrollo Social al Ministerio de Salud. Durante el año 2011 se amplía el grupo de profesionales y también el horario de atención. En el año 2012, el Centro Huella pasa a depender del Hospital Escuela de Salud Mental. (Ver Anexos, entrevista Director).

En su historia institucional, ha sufrido modificaciones que fueron acompañadas por un proceso de luchas y movimientos en el campo de la salud mental, que se instituye formalmente con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657 en el año 2010. Si bien, la provincia de Entre Ríos adhiere a la Ley de Salud Mental varios años después, en 2016, a través de la sanción de la Ley Provincial N° 10.445 y su Decreto Reglamentario N° 603/13, cabe señalar que dicho proceso de reestructuración institucional coincide con un momento histórico a nivel nacional, de importantes conmociones en términos de concepciones de salud y salud mental y de un momento de luchas con eje en el cuestionamiento de lógicas manicomiales, llevado adelante por movimientos contra hegemónicos en el campo de la salud mental.

Actualmente, la institución cuenta con diferentes profesionales de distintas disciplinas: psicología, psiquiatría, acompañamiento terapéutico, abogacía, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, médica clínica, operador social y comunicación social. A su vez, ofrece espacios de atención clínica individual y otros espacios grupales orientados en función de diferentes objetivos, entre ellos se

encuentran: el “Grupo de Mujeres”, “Cultivando Salud”, el “Grupo de Varones” y grupos destinados a los familiares de los y las usuarias.

Introducción al análisis de la información

Teniendo presente el objetivo general de la reciente investigación: “Identificar y analizar las narrativas acerca de las concepciones sobre los abordajes terapéuticos de consumo problemático de profesionales de los equipos interdisciplinarios del Centro Huella en la ciudad de Paraná”, se llevaron adelante cinco entrevistas en total: cuatro entrevistas semidirigidas individuales y una entrevista semidirigida grupal en la cual participaron dos profesionales de disciplinas diferentes. A su vez, estos datos fueron leídos en articulación con diferentes documentos. Entre ellos, diferentes marcos normativos, como son: Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, Ley de Estupefacientes N° 23.737, Plan Integral para el Abordaje de Consumo Problemático Ley N° 26.934, Ley N° 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud y otros documentos institucionales como la “Ficha de Protocolo de Admisión” del Centro Huella.

A partir del material obtenido, el análisis realizado nos permitió la formulación de diferentes categorías que fueron organizadas en tres ejes de análisis:

- Salud mental y consumos problemáticos
- Demanda de análisis
- Estrategias clínicas y subjetividad

Consideramos necesario anticipar, que la construcción de dichos ejes fue elaborada a partir del material obtenido en las entrevistas y el análisis de los documentos, en articulación con la construcción conceptual elaborada en el marco teórico. Los objetivos de esta investigación y la revisión permanente de los antecedentes, nos permitieron estrechar y precisar el análisis de los datos. Dichos cruces, contemplando la complejidad que reviste la problemática, nos permitió sostener el par dialéctico de la mirada clínica en articulación a la lectura socio-cultural que involucra el campo de los consumos problemáticos. Tal como fue explicitado, lo individual y lo social representan elementos indisociables de la subjetividad, razón por la cual proponemos un análisis que integre ambas dimensiones. A su vez, la interrelación entre los elementos analizados representa una integralidad que nos permitirá conocer las particularidades de las narrativas acerca de las concepciones sobre los abordajes de consumo problemático, por lo cual la separación de algunos ejes en pares de categoría reside en la necesidad de poder precisar algunas líneas de análisis que situamos como vacancias de conocimientos en el campo de los consumos problemáticos.

Salud mental y consumos problemáticos

Sostener un pensamiento crítico respecto de las prácticas nos compromete éticamente a revisar y problematizar nuestros supuestos. Es así, que las prácticas y concepciones que nos habitan, constituyen un entramado dialéctico susceptible de ser interrogado. Tal como fue desarrollado en el marco teórico,

la nominación “consumos problemáticos” involucra un posicionamiento epistemológico en particular y un bagaje teórico que ubica al sujeto en el centro de la escena, inmerso en una sociedad de consumo y por lo tanto, expuesto a una enorme variedad de objetos a la espera del consumo. En este sentido, las particularidades del sujeto con los objetos de consumo, en un determinado momento de su vida, pueden representar una problemática a la luz de las diferentes esferas que lo ligan a la trama social: la familia, el trabajo, los amigos, entre otros. En este sentido, ese consumo adquiere la particularidad de ir acompañado por un sufrimiento o padecimiento para el sujeto.

En armonía con esta perspectiva, algunas de las definiciones que emergieron de las entrevistas consideraron a los consumos problemáticos como:

“lo que afecta a la salud física, emocional, social, laboral (...) interrumpe que un proyecto de vida pueda pensarse y desarrollarse” (Ver Anexos, pág. 124)

“ni es una enfermedad, ni es un síntoma, es una presentación subjetiva como tantas otras, donde el paciente tiene un vínculo con un objeto específico...” (Ver Anexos, pág. 118)

“es una presentación subjetiva más, es como el bastón de ese otro y si yo le pateo la muleta lo dejo sin nada” (Ver Anexos, pág. 106)

Es posible identificar en estos enunciados una concepción de salud y salud mental integral, en sintonía con la definición de salud mental que reconoce la Ley Nacional de Salud Mental y adicciones en su artículo 3, la cual contempla en ella diferentes componentes como lo biológico, social, laboral y psicológico. A su vez, comprende a la salud como un *proceso de salud-enfermedad-cuidado*, ya que, en primer término, propone la idea de “interrupción de un proyecto de vida...” lo cual nos remite a la noción de crisis, situando el malestar o sufrimiento psíquico en un momento determinado de la vida del sujeto. Asimismo, contempla el proyecto de vida, como parte esencial de la salud de un sujeto. Estas nociones, antagonizan con la concepción de salud como *estado*, en términos de aquello que se supone estático, inamovible y definitivo. A su vez, los profesionales plantean:

“...el paciente tiene un vínculo con un objeto específico como podría ser otro, ¿sí? entonces que eso pase a ser entre los colegas y en el campo de la salud mental, como una problemática más. Porque, ¿qué sucede? el colega cree que el consumo de sustancias es un monstruo detrás de un armario, “que yo con eso no puedo trabajar, que yo con eso no estoy formado, que yo para eso no sé cómo...”
El paciente viene acá a hablar de sí mismo, o al menos eso hay que lograr, correr la sustancia y ver qué hay detrás, ¿no? La sustancia es la punta de iceberg, es poder descifrar y entrar en aquello otro que está generando ese sufrimiento, ese malestar.” (Ver Anexos, pág. 118)

“...nosotros estamos en una sociedad de consumo donde bueno la invitación es a consumir digamos, lo que sea, lo que sea, y a veces esos consumos se vuelven problemáticos, otras veces no. Que esa persona ya no puede sostener sus horarios de trabajo, hay algún tipo de quiebre en los vínculos familiares, rupturas de pareja. Entonces ahí bueno, el consumo adquiere otro tinte. Esto es una lectura

*más bien personal: **generalmente el consumo no es el problema, hay otras cosas.***” (Ver Anexos, pág. 100)

Entre dichas enunciaciones, es posible identificar dos posicionamientos y líneas teóricas solidarias entre sí. Por un lado, identificamos lecturas desde una perspectiva psicoanalítica, ya que en varias ocasiones los entrevistados realizan una distinción entre “síntoma” y “presentación subjetiva”. Asimismo, plantean que el consumo podría estar operando a modo de “bastón” o “muleta” en la vida del sujeto, lo cual nos remite a aquella noción acuñada en psicoanálisis para explicar la estabilización en las psicosis, tras la carencia de la metáfora paterna, cuando se plantea la construcción de *suplencias*. Al desarrollar esta noción, Maleval (2002) plantea que la suplencia permite construir un encuadramiento del goce mediante la restauración de un anudamiento. En otras palabras, el vínculo que el sujeto ha construido con la sustancia, en ocasiones puede oficiar de soporte en la estabilización de la estructura. Respecto a la noción de “presentación subjetiva”, sí bien las entrevistas no apuntaron a profundizar sobre este término, es pertinente abrir la pregunta a futuras investigaciones: ¿qué implicancias tiene pensar al consumo como una presentación subjetiva? ¿Qué lugar ocupa el objeto de consumo en la economía subjetiva? Contemplando estas particularidades, ¿cómo pensar la clínica?

Por otro lado, la invitación a pensar la clínica corriendo el foco del objeto de consumo, nos acerca a lecturas orientadas por la perspectiva de reducción de riesgos y daños. Dicha propuesta, la identificamos en los dichos de los profesionales de la salud en dos sentidos, vinculados entre sí: por un lado, el abordaje es pensado ubicando al consumo en segundo plano, perspectiva que antagoniza con aquellas prácticas que apuntan a la “especialización en consumos problemáticos”. Recuperar esta concepción del consumo, permite construir propuestas terapéuticas centradas en la salud y no en la enfermedad, incorporando aquellos condicionantes sociales que participan en dicho proceso salud-enfermedad-cuidado y por lo tanto, ampliando el campo de prácticas a otros sectores, evitando de este modo, la reducción de la práctica a los espacios institucionales y a la concentración en el saber médico-científico. A su vez, esta perspectiva permite ubicar la singularidad en primer plano, priorizando la historia del sujeto y las particularidades del caso por caso.

Por otro lado, identificamos enunciados en los cuales es posible reconocer ciertos entramados discursivos, es decir, acoples de dos discursos en torno a los consumos, que se asocian implícitamente para fundamentar prácticas disciplinares. Veamos algunos de ellos:

“los que tienen consumo problemático generalmente no te acatan las normas de convivencia, no te acatan los límites propios de un hospital” (Ver Anexos, pág. 92)

“Existen componentes sociales que se articulaban en el campo de los consumos problemáticos, lo cuál hacía que las adicciones queden primero en la órbita de la salud y secundariamente en la órbita de la justicia. Es necesaria una articulación entre la justicia y Desarrollo Social. Las adicciones generan un problema social.” (Ver Anexos, pág. 126)

“El consumo problemático es una enfermedad crónica con recaídas.” (Ver Anexos, pág. 129)

“...hay una falta de internalización de las normas sociales. Tiene que ver con que muchas veces, desde la justicia, hay mucha flexibilidad en las sanciones por incumplir las normas entonces las personas no tienen interés en asistir a las entrevistas por la probation.” (Ver Anexos, pág. 129)

“Al considerar a la adicción como una enfermedad, se deposita la culpa en la enfermedad, reduciendo de este modo la estigmatización, es decir, no se culpabiliza a la persona ni se hacen juicios de valor: “es adicto porque él decide consumir”, sino que cuando entendemos que la adicción es una enfermedad en parte se retira la estigmatización de “ser buena o mala persona por consumir.” (Ver Anexos, pág. 129)

Encontramos nociones que se acercan al paradigma tecnocrático en salud o también llamado por Menendez (2005), modelo médico hegemónico. Conceptualizar el consumo al modo de “enfermedad crónica” implica asumir que dicha problemática se presentará de forma perpetua en la vida de un sujeto, es decir, al modo de un *estado*, sin posibilidad de revertir dicha situación. Según la OMS, las enfermedades crónicas son “aquellas enfermedades que presentan una larga duración (más de 6 meses) y una progresión lenta, no se transmiten de persona a persona y son consideradas, por lo tanto, como no transmisibles”, entre ellas sitúa: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes. Esta lectura de los consumos desde un modelo biologicista, tiende a reducir la complejidad de la problemática, al mismo tiempo que “condena” al usuario a un destino sin retorno. Es preciso agregar, que dicha construcción de los consumos desde el modelo médico, se articula con una concepción moralista que se trasluce en determinados enunciados, los cuales definen al consumo problemático tomando como criterio la normalización.

Tanto la historia de la biomedicina como la historia de la salud pública, evidencian la estrecha ligazón entre el objetivo del saber médico, curar y prevenir, y el objetivo económico-político del modelo de producción capitalista, controlar y homogeneizar a sus poblaciones. Dicho entramado, fue forjando intrínsecamente una ideología hacia el interior de la comunidad médico-científica, que, a pesar de no ser asumida por los profesionales, estas representaciones orientan sus prácticas, construyen sus criterios diagnósticos y técnicos e instauran relaciones verticalistas y asimétricas con la comunidad que demanda atención.

Al definir a las adicciones como “problema social”, cabe preguntarnos ¿para quién es un problema? Los distintos discursos que atraviesan a los consumos problemáticos adquieren mayor fuerza y presencia en razón de las épocas, procesos que como sabemos, van acompañados de luchas históricas y transformaciones político-económicas. Tal como situamos al inicio de esta investigación, el discurso jurídico cumple un papel fundamental en el proceso de estigmatización y criminalización de los usuarios con consumos. Al reconocer a los consumos como problemáticas en salud mental, se les asignan derechos a dichos sujetos, pero a su vez, se genera un proceso de etiquetamiento, según denominaciones que refieren a “adictos” o “drogadictos”, según una nominación más popular, sosteniendo igualmente la estigmatización. Sí bien, este paso del “adicto-delincuente” al “adicto-enfermo”, representa un avance en términos de reconocimientos de derechos, a los fines disciplinares y en términos de prácticas

terapéuticas, no parece ser un destino muy diferente para quien padece la estigmatización. Desde una lectura foucaultiana, la psiquiatría como aquella especialidad médica en la que el cuerpo está ausente, ha desarrollado diferentes operaciones que le ha permitido hacer funcionar el poder disciplinar en el campo de la salud mental, encontrando en el saber médico un instrumento de legitimación. Entre algunas de estas operaciones, para dar sustento a la locura, ubica: el desarrollo de los psicofármacos, la hipnosis y la anamnesis o interrogatorio médico (Foucault, M., 1974, p.p. 304-311) Es así, que la epistemología psiquiátrica, erige su psicopatología sobre la base de una “norma”.

Tal como plantea Menendez (2005), el modelo médico no es sostenido únicamente por la comunidad biomédica y los desarrollos científicos, sino que las poblaciones alojan representaciones e imaginarios que son forjadas por este modelo (p. 11). Al decir de uno de los profesionales de la salud que entrevistamos:

“La motivación de asistir a la consulta con el médico está orientada por esta representación de obtener “el remedio que cura”. ” (Ver Anexos, pág. 129)

En este sentido, es interesante sostener la pregunta, ¿cómo poner en juego estas representaciones al servicio de la transferencia, a los fines de construir demandas de análisis que permitan abrir interrogantes en torno al malestar subjetivo? En el siguiente apartado avanzaremos sobre algunas respuestas posibles a dicho interrogante.

Demanda de análisis

La construcción de esta categoría de sentido fue posible de ser formulada a partir de algunos interrogantes que se desprenden del análisis de los antecedentes, en estrecha vinculación con sucesivas respuestas que emergieron de las entrevistas. Al preguntar por el modo de funcionamiento del espacio de admisión de la institución, o más bien “espacio de recepción de demanda”, según es nombrado por los profesionales, fueron elaborados los siguientes enunciados:

*“En realidad la recepción de demanda, por un acuerdo institucional, tiene que ser en una entrevista o dos. A veces, **en una primera entrevista no es suficiente y creemos que es posible que haya alguna demanda, que se construya la demanda, entonces damos una segunda entrevista.** Cuando vemos que no es posible, porque te reconocen “vengo porque me mandan, porque me dijo el juzgado, porque me dijo mi mamá o vengo pero no quiero trabajar nada”, bueno muy bien, le explicamos cuales son las características institucionales y los orientamos con respecto a que esto es un tratamiento que es ambulatorio, que es voluntario y que cuando él se decida por comenzar un tratamiento con las características que le comentamos en la institución, puede volver. Lo cerramos. (Ver Anexos, pág. 121)*

*“...Entonces en esa segunda entrevista, muchas veces **logramos que desee, por lo menos se comprometa** a empezar a trabajar algo.” (Ver Anexos, pág. 121)*

*“...pero cuando vienen porque está obligado por la justicia o por la familia, te dicen que sí pero eso después cae muy fácilmente. Yo creo que esa es una de las dificultades que estamos viendo en las admisiones. (...) “La dificultad de eso no es que empiece obligado un tratamiento sino **en qué momento***

aparece el sujeto ahí, lo que le pasa, su sufrimiento, su malestar, en qué momento pone algo de sí en el tratamiento.” (Ver Anexos, pág. 112)

*“Se trabaja mucho desde el lugar del deseo del otro a hacer algo con lo que le pasa digamos, pero si el otro **no puede responder y no se puede hacer cargo, no se puede responsabilizar**, bueno, uno acompaña en algunas entrevistas y esos usuarios suelen caerse”* (Ver Anexos, pág. 108)

*“**Se trata de trabajar de que problematice el consumo de sustancia** y si no se logra en varias entrevistas de que vea que hay un problema en ese vínculo, o sea que estableció con el vínculo con determinada sustancia, se eleva el informe y se dice que en este momento no problematiza la problemática de consumo o no... sí, sería una cosa así digamos. Porque **no podés hacer nada con la persona que no lo problematiza**”* (Ver Anexos, pág. 93)

*“Si no hay **conciencia de enfermedad y voluntad** el tratamiento se cae”* (Ver Anexos, pág. 128)

*“Cuando **no hay motivación** el tratamiento se cae.”* (Ver Anexos, pág. 127)

De las reiteraciones en los enunciados, en torno a una de las dificultades que ubican los profesionales en la práctica, es posible identificar una encerrona: una de las particularidades de los usuarios con problemas de consumos, es la dificultad para formular un interrogante sobre el malestar que aloje una demanda de tratamiento, sin embargo, el sufrimiento y en ocasiones, el riesgo frente al consumo, es evidente. Ahora bien, recuperando la “Ley de los Derechos del paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”, cada usuario tiene derecho a dar su consentimiento al momento de iniciar un proceso terapéutico, pudiendo asimismo rechazarlo si esa es su voluntad.

Dentro de los motivos de consulta que llegan a la institución, podríamos dividirlos en dos grandes grupos: por un lado, consultas realizadas por un familiar o amigo respecto del consumo de un tercero y por otro, pedidos de tratamiento emitidos por la justicia, acerca de un sujeto que ha cometido un delito. En este punto, se abren interrogantes en dos sentidos. En el primer caso: ¿Cómo pensar la construcción de la demanda de análisis cuando el consumo no es identificado como problemático para el sujeto? Mientras que en el segundo caso nos preguntamos: ¿Cuál es la diferencia entre la demanda de análisis y la demanda jurídica? ¿Cuál es la ética que subyace en cada una de ellas?

A los fines de ordenar nuestro recorrido frente a algunas respuestas posibles a dichos interrogantes, consideramos necesario recuperar la distinción entre “motivo de consulta” y “demanda de análisis”.

El *motivo de consulta* puede hallarse al principio, ya al inicio, como aquello que preexiste y decide a solicitar una primera entrevista. Se localiza en el registro del enunciado, es decir, un conjunto de dichos unificados en una intencionalidad yoica, una voluntad de decir cuyo dinamismo pertenece al discurso consciente (Neffen, I., 2022, p. 124)

Según plantean los profesionales del Centro Huella, los motivos de consulta no siempre son realizados por quien padece la problemática de consumo, muchas veces son sus familiares, parejas, jefes o amigos quienes se acercan a la institución para consultar. Para poder realizar un abordaje integral de la problemática es necesario, por un lado, alojar la demanda de quien consulta (cuando no coincide con el sujeto que consume) y posteriormente, poder despejar en quien consume, cuál es el vínculo que tiene

con la sustancia y pensar de qué modo es posible reformular esta primera consulta en lo que denominamos “demanda de análisis”. En cuanto al primer punto, los profesionales mencionan en las entrevistas que existe dentro de la institución un espacio destinado específicamente a familiares. Sin extendernos demasiado respecto de estos dispositivos, cabe mencionar que es valorado como un espacio que permite separar la demanda del familiar del deseo del usuario respecto de su padecimiento.

Sin embargo, la dificultad se presenta cuando no es posible formular una demanda de análisis en cuánto tal. Entendemos a la misma del siguiente modo:

(...) la demanda de análisis propiamente dicha es una construcción que implica intervenciones y maniobras del analista para que alcance su forma más propicia. Así como puede hablarse de la puesta en forma del síntoma analítico como una operación propia de las entrevistas preliminares -cuando el síntoma llega a interrogar y concernir al sujeto en tanto enigma a descifrar-, también es lícito hablar de la puesta en forma de la demanda. Su horizonte se especifica del siguiente modo: si un análisis es un artificio que permite construir un saber sobre la causa del propio malestar, entonces el dispositivo no puede iniciarse si el mismo sujeto no llega a demandar dicho saber. (Neffen, I., 2022, p. 124)

Dado los acuerdos institucionales, al finalizar el proceso de recepción de demanda, se firma el denominado “consentimiento informado”. Este consta de un documento en el cual el usuario recibe información expresa acerca de las características y condiciones del tratamiento, expresando su voluntad a llevar adelante el mismo. Más allá del carácter legal que posee dicho consentimiento, podríamos pensarlo, además, como una herramienta clínica, es decir, como aquel momento donde el sujeto sanciona su decisión de trabajar en relación a su malestar. Pensar en términos de “construcción de la demanda”, nos acerca a pensar a ésta como punto de llegada y no como punto de partida. En este sentido, dar el consentimiento respecto del malestar y la posibilidad de hacer algo con el mismo, también es necesario pensarlo en términos de construcción. La construcción del consentimiento informado, supone que un sujeto pueda problematizar el vínculo con su objeto de consumo, formular algunos interrogantes y querer saber algo acerca de su malestar. Las maniobras que un analista realiza para dar forma al emergente inicial, suelen requerir tiempo de escucha y tiempo para la emergencia subjetiva. Pero, ¿qué particularidades debe adquirir la escucha? Si entendemos que el consumo de un objeto adquiere relevancia en función de ciertos recortes en la vida de ese sujeto, es fundamental conocer aquella historia que bordea al consumo. Dicha escucha, la cual proponemos nombrar como “escucha inespecífica” deja al consumo el segundo plano, logrando recuperar de este modo, otros aspectos relevantes para el sujeto, a fin de reconstruir el trayecto de vida de cada sujeto, permitiendo nombrarse, para luego poder despejar sus propias preguntas en relación a su malestar. Al decir de Neffen (2022):

Es necesario durante el lapso de las entrevistas preliminares circunscribir la causa del malestar a sus elementos mínimos y, una vez delimitada, la entrada en análisis supone que el sujeto

consienta a ir más allá de ese saldo inicial de saber. No alcanza solo con saber en qué se está embrollado, la perspectiva de un análisis implica también el querer cambiar de posición, es decir, desenredarse. (p. 130)

Ahora bien, algunos modos de nombrar aquel rechazo a la interrogación del consumo como “falta de voluntad”, “no hay conciencia de enfermedad”, “no hay motivación”, “no se puede hacer cargo”, nos invita a tensionar estos enunciados con algunos conceptos como son: localización subjetiva y responsabilidad subjetiva.

Siempre que hablemos de la clínica con las neurosis, entendemos que el momento de las entrevistas preliminares implica una construcción de la función del “analizante”, en la cuál es necesario que el sujeto - entiéndase sujeto del inconsciente - advenga. En la medida en que el recién llegado construya una decisión acerca de su malestar, reconocerá una falta sobre el saber de sí mismo. Este instante subjetivo, al que llamamos responsabilidad subjetiva, no involucra una obligación, ya que esto quedaría del lado del mandato superyoico, sino que implica un momento de quiebre frente aquellas respuestas que el sujeto habría construido hasta el momento, lo cual permite la emergencia de algo diferente, el discurso del inconsciente. “La localización subjetiva en el marco de las entrevistas preliminares supone entonces un esfuerzo y estrategia para favorecer la separación de las cadenas del discurso” (Neffen, I., 2022, p. 74). En este sentido, la función del analista reside en escuchar más allá de aquello que se dice. Al distanciarse de los ideales que existen dentro del campo de la salud mental - sanar, curar, ayudar, resolver el conflicto intrapsíquico - la ética del psicoanálisis nos sugiere que no es posible desear para un sujeto más de lo que este desea para sí mismo, lo cual no excluye la importancia de construir estrategias clínicas o incluso institucionales, que den el espacio para que la pregunta por el consumo pueda formularse. Este trabajo radica en la singularidad del caso a caso. Durante el próximo eje de análisis, abordaremos algunas estrategias institucionales que han garantizado la accesibilidad y el sostén del proceso terapéutico. Ahora bien, pensando en el trabajo clínico, ¿qué motiva al analista a generar las condiciones que posibiliten el inicio del proceso terapéutico?

Aquel intersticio que abre un margen de posibilidades para el destino de cada usuario, es sostenido por el deseo del analista, el cual soporta la función de provocar el deseo de saber. En palabras de una de las profesionales entrevistadas:

*“...a veces digo “yo pienso en el deseo de este otro, de hacer algo con lo que le pasa” y a veces el otro no está en posición de hacer nada con eso, pero a la vez **hay algo**...”* (Ver Anexos, pág. 108)

Cuando pensamos en la construcción de la demanda como momento necesario para el inicio de un proceso terapéutico, no suponemos que el fin de este proceso derive en la desaparición del síntoma, ya que es imprescindible poder ubicar qué lugar ocupa ese objeto de consumo en la economía subjetiva de cada usuario. En este sentido, la ética del psicoanálisis coincide con la ética de la perspectiva de reducción de riesgos y daños, dado que ninguno de los dos posicionamientos pretende lograr como objetivo la abstención, sino más bien, tras conocer los circuitos de goce que fue constituyendo cada quien, en el curso de su existencia, poder regular estos excesos de satisfacción, fuente del padecer. En

el curso de las entrevistas, emergieron algunos enunciados que dan cuenta de perspectivas que coinciden con este posicionamiento ético y epistemológico, y otros que se diferencian:

*“...el usuario está en riesgo, que a la vez no puede dejar de consumir, que no puede hacer otra cosa, bueno **el deseo es permanecer ahí**... el deseo mira, chico lapsus (risas), usalo si quieres. El desafío es poderse sostener ahí”* (Ver Anexos, pág. 109)

*“Laburamos en un campo donde **hay que permitirse también el laburo con la sensibilidad**, que no es mala palabra.”* (Ver Anexos, pág. 104)

*“Uno de los **objetivos es el alta y que mejore la calidad de vida de las personas**.”* (Ver Anexos, pág. 128)

*“Uno de los **objetivos es mejorar la salud de las personas**.” Entiende a la salud como lo “bio-psico-social”, no solo se piensa en que la persona no consuma, es decir, que no se enfocan desde la perspectiva abstencionista, pero considera que el fin último sí es la abstinencia. Cree importante lograr la abstinencia, pero esto no es un requisito, es decir, no se le solicita a la persona que consulta que esté en abstinencia cuando va a iniciar el tratamiento, ya que eso es una contradicción.* (Ver Anexos, pág. 128)

Algunos autores, proponen que la ética del cuidado tiene como punto de partida la instauración de un vínculo sustentado en el miramiento del otro, el buen trato y la ternura. Dicho reconocimiento del otro como sujeto de derechos, supone la noción de dignidad en su seno, oponiéndose a la idea de mercantilización y objetualización del ser humano (Michalewicz, A., Pierri, C. y Ardilla Gomez, S., 2014). Destaco dicha conceptualización, ya que la misma es posible de ser rastreada en los dichos de los profesionales de la salud al contemplar la sensibilidad como una instancia necesaria en la práctica y al pensar sus abordajes dirigidos, no en función de las sustancias y otros objetos, sino a la calidad de vida de los sujetos. La ética del psicoanálisis y la ética del cuidado, se constituyen como posicionamientos que permiten pensar abordajes desde una perspectiva de derechos, centrados en el sujeto y no en la sustancia.

Sin embargo, dentro del campo de la salud mental los paradigmas coexisten. En esta línea, es posible vislumbrar posicionamientos que entran en tensión con otros, atravesados por posturas abstencionistas y concepciones de salud ligadas a ideas mercantilistas. Cabe destacar, que estas posturas, suelen emerger en las entrevistas cuando se aborda el entrecruzamiento entre el discurso jurídico y el discurso del campo de la salud mental. Al preguntar por aquellos pedidos de tratamiento por parte de la justicia, identificamos algunos enunciados:

“En el caso de la probation tienen la obligación de venir y uno de los conflictos es que no suelen concurrir.” Plantea no entender porque pasa eso. Considera que una persona con mayores recursos iría a hablar, aunque sea media hora con tal de no ir preso. (Ver Anexos, pág. 129)

“Por ejemplo: llegan a la institución casos de personas que llevaron adelante violencia de género pero que no consumen. En estos casos los jueces los mandan a la institución a que realicen un tratamiento, aunque la persona no tenga ningún problema de consumo. Luego de realizar las entrevistas

de admisión es posible despejar que el sujeto no consume. En estos casos, el equipo interdisciplinario, mediante un informe, comunica al juez que la persona no tiene un consumo problemático.” (Ver Anexos, pág. 127)

“El juez solicita que hagan tratamientos por desintoxicación. De parte de la justicia esto **“es como una especie de castigo”**. La probation tiene que ver justamente con esto, en vez de mandarte preso te indican un tratamiento; en estos casos las personas están obligadas a asistir a las entrevistas de admisión. **“Los pacientes también leen esto como un castigo”** (Ver Anexos, pág. 127)

“...nunca coincide el discurso jurídico o aquello que el juez obliga o indica o sugiere a un paciente que tiene que hacer y lo que nosotros podemos evaluar desde acá.” (Ver Anexos, pág. 113)

“Suelen venir por ejemplo muchos pacientes que tienen restricción de sus parejas, de sus hijos y el juez los obliga a hacer un tratamiento por consumo. Muchas veces el consumo no es el problema ahí. Digo, el paciente llega acá porque es una institución que se especializa en consumo, pero es un paciente que es violento, que tiene impulsividad, que tiene quizás un montón de otras características y el consumo no es el problema, hay otras cosas ahí. Y bueno obviamente que acá se le da el espacio, pero suelen ser esos pacientes que después no vuelven.” (Ver Anexos, pág. 113)

Retomemos nuestros interrogantes iniciales: ¿Cuál es la diferencia entre la demanda de análisis y la demanda jurídica? ¿Cuál es la ética que subyace en cada una de ellas?

Al acercarnos al entramado generado en el encuentro entre instituciones de salud e instituciones ligadas a la justicia, observamos una gran complejidad, la cual reside en diferentes dimensiones a tener en cuenta, de las cuales nos interesa destacar dos de ellas: estas instituciones poseen concepciones de sujeto diferentes y persiguen objetivos distintos.

En principio, es relevante situar, que en sucesivas ocasiones los entrevistados identifican una distancia entre los pedidos del juez y los criterios que se tienen en cuenta desde el Centro Huella para recibir a un usuario dentro de la institución. Tal como fue desarrollado previamente, podemos recurrir a una vertiente más histórica para problematizar esta dificultad, ya que el entrecruzamiento entre el discurso jurídico y las disciplinas del campo “psi” se inscriben en el marco dentro de un proyecto normalizador, disciplinador y de control social. En este sentido, las representaciones que las instituciones ligadas a la justicia poseen de las instituciones de salud, permanecen ligadas a dichos objetivos disciplinares. Al decir de los entrevistados, la justicia solicita a los sujetos que realicen un tratamiento en salud mental en una institución destinada a los consumos problemáticos, aun cuando esos usuarios no tienen problemas de consumo. A su vez agregan: “es como una especie de castigo”, “los pacientes también leen esto como un castigo”.

Asimismo, los entrevistados refieren que muchos de los pedidos emitidos por la justicia para tratamiento por consumo, se presentan en sujetos que tienen problemáticas en relación a la violencia y violencia de género. Si bien no es el objetivo de esta investigación profundizar al respecto, nos preguntamos: ¿es posible hipotetizar acerca de la existencia de ciertos estigmas que justifiquen la homologación “violento=adicto”?

Tal como desarrollamos en el apartado “Marcos normativos: historización y debates”, en este punto podemos identificar en la práctica, cómo se expresan aquellas contradicciones encontradas entre dos marcos normativos de igual rango: la Ley N° 23.737 y la Ley N° 26.657. Por un lado, la Ley de Estupefacientes plantea:

“Si transcurridos dos años de tratamiento, por falta de colaboración del procesado no se obtuvo un grado aceptable de recuperación, se reanuda el trámite de la causa y, en su caso, podrá aplicársele la pena y continuar el tratamiento por el tiempo necesario, o mantener solamente la medida de seguridad.” (Ley N° 23.737, 1989)

Es decir, la probation se constituye como aquel recurso alternativo a la pena, en la cual la justicia obliga al sujeto a realizar tratamiento por consumo. Uno de los entrevistados identifica como una de las dificultades en la práctica, las ausencias de los sujetos a las entrevistas por probation y justifica estas inasistencias a una falta de interés ligado a una cuestión de clase. Estos enunciados nos remiten a aquel criterio definido en la ley como “falta de colaboración”, el cual define - según este artículo - la responsabilidad o irresponsabilidad de un sujeto. En este sentido, la falta de colaboración ¿es leída en términos de responsabilidad subjetiva o es leída en términos de desobediencia frente al control represivo? Esta noción, parece desconocer el carácter moralista de este criterio y la confusión generada al no distinguir la concepción de sujeto que subyace: ni totalmente enfermo, ni totalmente delincuente. Por último, cabe destacar que la libertad de consentir el inicio del proceso terapéutico, a pesar de la obligatoriedad que indica la Ley de Estupefacientes, es un elemento fundamental en el encuadre de los espacios de recepción de demanda. Enmarcando la práctica en la Ley de los Derechos del Paciente y la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, los entrevistados plantean la importancia de profundizar en *“el deseo del sujeto a hacer algo con lo que le pasa”* (Ver Anexos, pág. 107).

Estrategias clínicas y subjetividad

La aproximación epistemológica que fuimos realizando a lo largo de nuestra investigación nos ha permitido identificar aquellas concepciones que subyacen a la práctica, así como también algunos interrogantes que abren importantes debates dentro del campo de prácticas. Las estrategias clínicas e institucionales que hemos rastreado a lo largo de las entrevistas, poseen la potencia de permitirnos identificar concepciones y posicionamientos diversos, que generan efectos en la subjetividad y condiciones de posibilidad para el inicio y el sostén del tratamiento a lo largo del tiempo.

Según los planteos de los y las profesionales del Centro Huella, luego de transcurrir por el espacio de recepción de demanda, se pone en discusión la situación de cada usuario en las reuniones de equipo, a los fines de pensar cuales son los espacios más adecuados para cada usuario. Algunos de ellos son: espacio de psicología, espacio de psiquiatría, Grupo de Mujeres, Grupo de Varones, Cultivando Salud, entre otros. Algunas de estas instancias son espacios individuales y otras son espacios grupales, pensadas según las particularidades de cada usuario. Sin extendernos demasiado respecto de este recurso institucional, las reuniones de equipo son espacios muy valorados por los profesionales, ya que es un momento de encuentro de todos los trabajadores/as de la institución, que se realiza una vez a la semana,

en el cual la dinámica consiste en poder intercambiar, pensar estrategias en conjunto, socializar los diferentes casos, realizar derivaciones a los diferentes espacios y abordar distintos temas institucionales de relevancia. En este sentido, los profesionales identifican al trabajo en equipo - condición para el trabajo interdisciplinario - como una propiedad que complejiza la práctica y a su vez, como un desafío. El trabajo interdisciplinario, en sucesivas entrevistas, es identificado como un horizonte e incluso como un marco conceptual común.

Ahora bien, del análisis de las entrevistas, nos interesa profundizar respecto de las estrategias grupales en el abordaje de los consumos, ya que estos espacios son destacados por los profesionales en varias oportunidades. Las referencias preponderantes nos llevaron a seleccionar dos de ellos: Cultivando Salud y Grupo de Mujeres. En palabras de los entrevistados:

*“Cultivando salud es otro grupo, pero con otra dinámica particular que tiene que ver más con un taller. ... no es solo la escucha típica de lo verbal, sino que **tiene que ver con el hacer e ir intercalando la estrategia terapéutica con diferentes intereses que traigan los usuarios.**”* (Ver Anexos, pág. 120)

*“El grupo de mujeres, que tiene una dinámica particular que muchas veces es **grupo terapéutico tradicional y a veces muta a taller** porque tomamos las iniciativas que traen las chicas y a veces hacemos una actividad particular digamos, nos centramos en una tarea.”* (Ver Anexos, pág. 120)

*“Un dispositivo que se llama “Cultivando Salud” que trabajamos en los espacios verdes de la institución. ...Un poco para **trabajar la clínica desde otro lugar** digamos. ...que el otro pueda articular algo de su padecimiento, pero también es una problemática donde se necesitan otros dispositivos, ¿no? ...Esto de pasar el día haciendo otra cosa, de poder gestionar el tiempo de otra manera, que no solamente sea ir al consumo.”* (Ver Anexos, pág. 98)

Identificamos que los espacios grupales son nombrados de diferentes formas, o más bien, pueden ser pensados teniendo en cuenta diferentes propiedades, que se articulan entre sí:

- Un espacio para trabajar la clínica desde otro lugar, podríamos agregar, por fuera del consultorio.
- Un espacio para el desarrollo de habilidades y potencialidades.
- Un espacio de encuentro con otros/as.

Abrir las paredes del consultorio y pensar la clínica en un sentido más amplio, resulta un modo de construir abordajes complejos, ya que el objetivo clínico - es decir, aquel que es sostenido por la escucha atenta del analista en articulación a aquellas operaciones de diagnóstico e intervención - se articula con otros objetivos, los cuales apuntan al desarrollo de habilidades, la gestión del tiempo y el desarrollo de un oficio. Asimismo, dichos objetivos también generan efectos en la clínica. En este sentido, al preguntarnos nuevamente por la clínica con los consumos problemáticos recuperamos la pregunta: ¿Cómo pensamos las estrategias terapéuticas, como profesionales de la psicología? ¿Cuáles son las particularidades que diferencian los procesos terapéuticos clínicos de otros espacios que también podrían tener efectos terapéuticos en el sujeto? Sí bien la respuesta a estos interrogantes cae por fuera de los

objetivos de esta investigación, nos parece interesante sostener estas preguntas como un modo de motorizar futuras investigaciones.

Retomando las significaciones de los entrevistados/as ¿Cómo piensan los profesionales este espacio como potenciador de habilidades? Las entrevistadas en este sentido refieren:

*“Y bueno actualmente el grupo de mujeres, tiene la característica o nosotras tratamos desde la coordinación de explotar las habilidades que tienen las mujeres. Nosotras **creemos que todas las mujeres son habilidosas.**”* (Ver Anexos, pág. 110-111)

“...valorar esa habilidad o ese hacer que tiene cada una es terapéutico y pensar en explotar eso a nosotras se nos representa en poder darle lugar a otra cosa que ordene la rutina y que las defina, por fuera del consumo. No soy la mujer que consume cocaína, no soy la mujer que va a timbear todas las siestas, no soy la mujer que se chupa tres cervezas por día, soy la que sabe hacer esto, soy la peluquera, soy la que hace las uñas, soy la que puede enseñar a maquillar a otras mujeres. Que las defina otra cosa, que las nombre otra cosa y no necesariamente que son mujeres que consumen y por eso son malas madres...” (Ver Anexos, pág. 111)

Esta lectura de los espacios grupales como potenciadores de habilidades aparece circunscrita a la presunción de capacidad y a la perspectiva de género en el caso del grupo de mujeres. La creencia en las habilidades de cada una de las mujeres, tal como sitúan las profesionales, posee efectos clínicos, en la medida en que les permite nombrarse desde otro lugar, e identificarse con otros significantes que corren el foco de la estigmatización que recae sobre la adicción y, sobre todo, de las mujeres (y madres) que consumen.

Consideramos interesante tensionar este fragmento de nuestro análisis con un apartado dentro de un documento institucional, el “Protocolo de admisión” del Centro Huella, el cual dentro de los datos que refieren a la ocupación del usuario, solicita completar la “descripción del uso del tiempo libre”. Este dato, el cual podría ser una referencia anecdótica tanto como irrelevante, es valorado en favor de pensar estrategias que se orienten en función de actividades o propuestas ligadas al deseo e intereses de cada usuario/a.

La perspectiva de género se ha integrado en diferentes dimensiones dentro de las estrategias clínicas, ya que les ha permitido generar espacios de participación y pensar la accesibilidad de las mujeres-madres, en función de las desigualdades y particularidades del género femenino. En palabras de las entrevistadas:

“El grupo de mujeres comenzó teniendo como el objetivo de darle lugar a la mujer dentro de los tratamientos de consumo porque la mujer ya de por sí tiene una cuestión más estigmatizante - esto que te estoy hablando no lo invento yo - y sobre todo ahora que pensamos los tratamientos desde una perspectiva de género. Tiene esta cosa más estigmatizante, sobre todo cuando son madres y consumen, y son mujeres entonces se las estigmatiza mucho más que a un hombre que consume. Históricamente ha habido grupos, espacios grupales o terapéuticos pero las mujeres no llegan. De hecho, en la institución, hay una diferencia también entre las mujeres que sostenían tratamientos previo al grupo y después.” (Ver Anexos, pág. 110)

“...en el grupo de mujeres, por ejemplo, pensamos la accesibilidad en términos de como poder alojarlas, pensar las características particulares del género femenino, las mujeres puntualmente, en términos de pensar un horario particular que ellas puedan venir, no tan temprano, no tan tarde, un horario de la mitad de mañana. Las recibimos con café, galletitas, un vaso de agua...” (Ver Anexos, pág. 123)

Al preguntar por las particularidades de la población que llega a la institución otra de las profesionales menciona:

“sí podría decirte que hoy en su mayoría son varones, bueno ese es todo un dato también porque no es que no haya consumo problemático en las mujeres, tiene otras características. Las mujeres bueno por ahí cuesta un poco más llegar.” (Ver Anexos, pág. 100)

“a veces el usuario llega y puede sostener y a veces no pero no es trabajo solamente del usuario llegar a la institución. Yo laburo mucho con la transferencia también, es un trabajo mío también hacer que ese otro pueda llegar.” (Ver Anexos, pág. 103)

Otra de las entrevistadas detalló:

“Pero siempre el grupo sirve a lo que tiene que ver a los puntos de socialización, del compartir, de escuchar otras experiencias, que surjan nuevas ideas y se motiven también nuevos sentimientos que antes estaban tal vez acallados, tapados, olvidados, resistidos.” (Ver Anexos, pág. 124)

Entendemos a la accesibilidad como las condiciones de posibilidad que generan los servicios de salud para permitir la atención de los sujetos. Al decir de Yamila Comes (2003), el acceso efectivo surge de la combinación entre las condiciones y los discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos (p. 1). En este sentido, el espacio grupal adquiere también la característica de acompañar el sostén del proceso terapéutico individual a través del lazo con otros/as. La potencia de lo colectivo se representa en una doble vertiente, tal como detallamos al inicio, posee efectos clínicos en sí mismos y a su vez, se constituye como un recurso que bordea y acompaña el tratamiento individual. Dicho de otro modo, la inclusión de la perspectiva de género en la construcción de estrategias y el espacio grupal, se constituyen como posibilitadores al momento de garantizar lo que las autoras denominan “accesibilidad ampliada”, entendiendo por esta, no solo al ingreso a un servicio de salud, sino a la posibilidad de cubrir todo el proceso de atención (Comes, Y., 2003, p. 1)

Nombrado bajo diferentes acepciones como: “alojar”, “motivar”, “compartir”, ubicamos como un objetivo clínico más implícito, el encuentro con otras mujeres como posibilitador en la construcción del lazo social. Ya señalaba Freud (1921) en uno de sus textos:

Pero sólo rara vez, bajo determinadas condiciones de excepción, puede prescindir de los vínculos de este individuo con otros. En la vida anímica del individuo, el otro cuenta, con total regularidad, como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo, y por eso desde el

comienzo mismo la psicología individual es simultáneamente psicología social en este sentido más lato, pero enteramente legítimo (p. 67).

En este sentido, Freud nos enseña que el sujeto no puede prescindir del “otro”. Con el objetivo de explicar el par indisoluble psicología individual-psicología social, Freud (1921) retoma las primeras configuraciones de amor del niño, a saber, el Complejo de Edipo, el cual, como sabemos, cae posteriormente bajo la represión, para dar lugar al periodo de latencia. En este sentido, él ubica que, de dicho proceso represivo, permanece como resto lo que se presenta como lazo afectivo, tierno, ya no de orden sexual. Es decir, estas ligazones sexuales de la infancia sobreviven, pero reprimidas en lo inconsciente (p. 130). Dicho de otro modo, las metas sexuales originarias alcanzan un desvío y se transforman en lo que Freud denomina pulsiones sexuales de meta inhibida. Este proceso, es denominado por el autor como sublimación. Esta característica, les da a las pulsiones una gran ventaja funcional, dice Freud, ya que permiten crear ligazones duraderas (p. 131), en otros términos, aportan a la construcción del lazo de otros vínculos sociales como las amistades, compañeros, jefes, entre otros. Ana Maria Fernandez nos aporta claridad en este sentido, al decir:

Para Freud la identificación es tanto la base libidinal del lazo colectivo, como la base libidinal de la constitución del sujeto psíquico. Aquí el Psicoanálisis puede darnos como aporte para entender lo colectivo, cuáles son las condiciones subjetivas para que el sujeto haga masa. Masa es lo que no puede dejar de hacer por el hecho de ser sujeto (p.p. 28-29)

Así, el par psicología individual-psicología social, como dos puntos indisolubles, nos permiten pensarlo en un paralelismo entre efectos clínicos individuales-efectos clínicos grupales.

Al retomar algunos efectos que las entrevistadas ubican del espacio grupal, nos fue posible formular algunas interpretaciones. Tal como ellas detallan, el grupo de mujeres “muchas veces es grupo terapéutico tradicional y a veces muta a taller”, ligado más bien al desarrollo de una tarea o actividad específica. Al referirse a aquellos momentos donde el grupo adquiere la forma de “grupo terapéutico tradicional” refieren: “que surjan nuevas ideas y se motiven también nuevos sentimientos”, lo cual nos remite a ubicar algo del orden de la diferencia frente a la repetición, a través del encuentro con el otro. Mientras que cuando se refieren al espacio de taller distinguen: “poder darle lugar a otra cosa que ordene la rutina y que las defina, por fuera del consumo”. En esta misma línea, otra de las entrevistadas al referirse al espacio grupal “Cultivando Salud” refiere: “Que el usuario sepa que siempre va haber dos profesionales a esa hora que van a estar disponibles para ofrecer un espacio de escucha ligado al hacer también”. Nuevamente, se presenta la búsqueda de la diferencia, esta vez, por la vía del “hacer”. Este hacer, se nos representa como una propuesta que pretende construir vías de satisfacción sustitutivas al consumo, enlazando a su vez, un modo alternativo de simbolizar el malestar. En tal sentido, retomamos el concepto de sublimación en Freud, el cual es definido en el diccionario de Laplanche y Pontalis (2004) del siguiente modo:

Proceso postulado por Freud para explicar ciertas actividades humanas que aparentemente no guardan relación con la sexualidad, pero que hallarían su energía en la fuerza de la pulsión sexual. Freud describió como actividades de resorte principalmente la actividad artística y la investigación intelectual. Se dice que la pulsión se sublima, en la medida en que es derivada hacia un nuevo fin, no sexual, y apunta hacia objetos socialmente valorados (p. 439).

La apuesta clínica en el desarrollo de aquellas habilidades que poseen los usuarios, parece apuntar a un punto de satisfacción excéntrico al consumo, desplazando el foco de la sustancia o del objeto de consumo y operando de límite frente a la compulsión de consumir. En este punto, podríamos decir que la ética del psicoanálisis coincide con la ética de la perspectiva de reducción de riesgos y daños, en la medida en que simbolizar el daño y atemperar el goce (en términos lacanianos), permite reducir el riesgo frente al consumo.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se indagó acerca de las concepciones sobre los abordajes de consumo problemático que tienen los profesionales del Centro Huella, a partir de sus narrativas en torno a la práctica y las conceptualizaciones que subyacen a esta. Para tales fines, se utilizó una metodología de tipo cualitativa, que permitió contemplar la singularidad del objeto a investigar. Se realizaron entrevistas semidirigidas a seis profesionales y para el análisis de los datos, se utilizó la metodología de análisis de frases significativas, retomando los enunciados de dichos profesionales.

A partir de realizar un extenso recorrido, que apuntó a tomar en consideración la complejidad que reviste el campo de los consumos problemáticos, nos propusimos como objetivo específico, identificar, desde un análisis crítico, las tensiones entre los cuerpos normativos que legislan los colectivos sociales y los debates sobre los abordajes de consumos problemáticos en el campo social. Para ejecutar tal objetivo, se realizó un análisis de la Ley de Estupeficientes en articulación con la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, el Plan IACOP y la Ley de los Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de Salud, el cual fue incluido como parte del marco teórico, ya que consideramos indisociable el análisis, de la presentación de dichas legislaciones. Éste análisis, se puso a dialogar con la información obtenida de las entrevistas, a los profesionales de la salud del Centro Huella. Este recorrido, nos permitió identificar discrepancias e incluso contradicciones en los abordajes que proponen las normativas, logrando de este modo, explicitar determinadas encerronas que se presentan en el campo de prácticas e interrogantes que se habilitan a partir de ellas, las cuales encuentran su raíz en paradigmas diversos, posibles de ser observados tanto en la práctica como en los marcos normativos. En este punto, la problematización de los marcos normativos mencionados, realiza un aporte significativo al campo de los consumos problemáticos, en la medida en que permite visibilizar las dificultades que supone para las instituciones, incluir a los consumos como parte de las políticas en salud mental y garantizar los derechos de los usuarios con consumo. Tal como fue mencionado por varios autores que recuperamos a lo largo de la investigación, la Ley de Estupeficientes es uno de los elementos centrales en el proceso de estigmatización de los usuarios y en la construcción de imaginarios sociales que aportan significativamente a la criminalización de estos sujetos. En el caso de esta problemática, el discurso jurídico y el discurso de la salud mental, se encuentran y generan grandes interrogantes en la práctica. En este sentido, el análisis realizado sobre el espacio de recepción de demanda nos permitió recuperar algunas de estas tensiones e identificar algunas respuestas posibles que emergen dentro de las instituciones de salud.

Los agentes de salud, se encuentran atravesados por prejuicios, estereotipos y representaciones desde los cuales llevan adelante sus prácticas. En este sentido, nuestra investigación adquiere relevancia al momento de problematizar nuestras prácticas e interpelar nuestros supuestos, condición necesaria para elaborar abordajes desde una epistemología crítica.

A su vez, a los fines de arribar al desarrollo que permitió efectuar el objetivo general de esta investigación, el cual apuntaba a identificar y analizar las narrativas acerca de las concepciones sobre los abordajes terapéuticos de consumo problemático de profesionales de los equipos interdisciplinarios del Centro Huella, se organizó el análisis en tres ejes: “Salud mental y consumos problemáticos”, “Demanda de análisis” y “Estrategias clínicas y subjetividad”. El primer eje, nos permitió identificar aquellas concepciones de salud y salud mental que subyacen en los dichos de los entrevistados, así como también sus posicionamientos epistemológicos en torno a la definición del consumo problemático. El análisis de estos enunciados, nos permitió identificar distintos discursos. Entre ellos, conceptualizaciones ligadas al psicoanálisis y otras, posicionadas desde el modelo médico o el paradigma positivista en salud mental, el cual permanecía ligado, en un sentido más implícito, al discurso jurídico. Estas conceptualizaciones, nos permitieron acercarnos a la clínica con los consumos problemáticos, a partir de analizar algunos dispositivos grupales que existen dentro de la institución y, a su vez, recuperando interesantes debates que se habilitaron a partir de analizar el “espacio de recepción de demanda” de la institución. Al problematizar algunos aspectos de estos espacios, realizamos un recorrido que buscó recuperar los debates que se ponen en juego al pensar la accesibilidad y la accesibilidad ampliada en el campo de los consumos problemáticos. En este sentido, identificamos dos analizadores que habilitaron algunas reflexiones. Por un lado, el deseo del analista, en tanto posicionamiento ético que soporta la función de provocar el deseo de saber y la ética del cuidado, soportada en el miramiento por el otro, el buen trato y la ternura, se constituyen como posicionamientos necesarios para una práctica centrada en la singularidad del usuario y no en el objeto de consumo. Por otro lado, otro de los analizadores que estudiamos fueron las funciones que desempeñan los espacios grupales en el proceso terapéutico de los usuarios. En tanto estrategia clínica, estos dispositivos, se constituyen como posibilitadores en el abordaje de los consumos desde una perspectiva de derechos que garantiza accesibilidad y participación del usuario. El estudio de estos dispositivos, nos permitió acercarnos a un abordaje de los consumos desde la clínica en un sentido más amplio, es decir, conocer cómo se piensa la escucha y la intervención, por fuera del consultorio.

Asimismo, hemos insistido a lo largo de nuestra investigación, en la necesidad de estudiar esta problemática sosteniendo el par dialéctico de la mirada clínica en articulación a la lectura socio-cultural. En este punto, los dispositivos grupales han posibilitado observar la potencia de lo colectivo y sus efectos en la subjetividad e incluso en el sostén de los procesos terapéuticos de cada usuario/a. En este punto, la investigación ha abierto interesantes interrogantes para futuras investigaciones en torno a la clínica con los consumos problemáticos y las particularidades de los procesos terapéuticos que hacen a la especificidad de nuestra disciplina como profesionales de la psicología.

Con tal horizonte, la investigación realizada nos ha permitido identificar narrativas heterogéneas en el abordaje de los consumos problemáticos. Muchas de ellas, ligadas al psicoanálisis y otras, sostenidas desde un paradigma abstencionista. Desde una perspectiva institucional, identificamos a modo de marco conceptual común a las prácticas, la perspectiva de reducción de riesgos y daños, el posicionamiento

desde un enfoque de derechos y desde una perspectiva interdisciplinaria e intersectorial. Estos lineamientos, se constituyen como ejes transversales en sus prácticas.

REFERENCIAS

Marcos Normativos

Ley 23.737 de 1989. Tenencia y tráfico de estupefacientes. Honorable Congreso de la Nación Argentina (HCNA). 10 de octubre de 1989.

Ley 26.657 de 2010. Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones. 2 de diciembre de 2010. Boletín Oficial N° 32041.

Ley 26.529 de 2009. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Honorable Congreso de la Nación Argentina (HCNA). 21 de Octubre de 2009.

Ley 26.934 de 2014. Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos. Honorable Congreso de la Nación Argentina (HCNA). 29 de mayo de 2014.

Libros, artículos e investigaciones

Abud, J. (2012) *“Representaciones acerca del consumidor de sustancias psicoactivas y de su tratamiento.”* Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de Entre Ríos.

Aliani, N. (2012) *"Psicopatología, Psicoanálisis y Orden Médico"*. Mar por Medio. Rosario.

Antonaccio, D., Giusti, C. (2019) *“Introducción a las problemáticas de consumo”*. Compilado por Celia Giusti; Daniela Antonaccio. - 1a edición para el alumno - Paraná: Universidad Autónoma de Entre Ríos.

Baratta, A. (1991) *“Introducción a una sociología de la droga. Problemas y contradicciones del control penal de las drogodependencias”*. En *“¿Legalizar las drogas? : criterios técnicos para el debate, 1991,* ISBN 84-7884-052-4, págs. 49-76.

Bauman, Z. (2000). *“Modernidad líquida”*. Fondo de cultura económica de Argentina. Buenos Aires, Argentina. Traducción: Mirta Rosenberg.

Benavides, M. y Gomez-Restrepo, C. *“Métodos en investigación cualitativa: triangulación.”* *rev.colomb.psiquiatr.* [online]. (2005), vol.34, n.1, pp.118-124. ISSN 0034-7450.

Benedetti, E. (2015); con prólogo de Mariana Camilo de Oliveira y Mariana Cantarelli. *Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático. Notas político-epistémicas sobre modelos y estrategias de intervención* / - 1ra. ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte. 48 pp.; 21x14,8 cm

Biglia, Barbara & Bonet-Martí, Jordi (2009). “*La construcción de narrativas como método de investigación psico-social. Prácticas de escritura compartida*” [73 párrafos]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 10(1), Art. 8, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs09018>

Biset, E., Chavez Solca, F., Ferrán, R., García Romanutti, H., Groisman, D., Juaneda, C., Lorio, N., Martínez Prado, N., Moyano, M., Reynares, J., Romero, A., Soria, S. y Vargas, M., (2015). *Sujeto. Una categoría en disputa*. Programa de Estudios en Teoría Política (Centro de Investigaciones y estudios sobre Cultura y Sociedad). CONICET. UNC.

Bordoni, Maria Flavia (2017). “*Abordaje integral de los consumos problemáticos.*” IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-067/670>

Bourdieu, P. (1999) “*Sobre Intelectuales y Política*”: (Extractos de Conferencia Magistral en la Convención de la Asociación de Lenguas Modernas)

Bourdieu, P. (2012) “*La distinción. Criterio y bases sociales del gusto.*” España: Taurus

Capriati A, Caramotti AC, Di Leo P, Wald G, Kornblit AL. (2015) “*La prevención de los consumos problemáticos de drogas desde una perspectiva comunitaria: un modelo para armar.*” Rev. Argent Salud Pública. Mar;6(22):21-28.

Comes, Y. (2003) “*Accesibilidad: una revisión conceptual.*” Doc. Laboris de la Investigación: Reforma en Salud en la Ciudad de Buenos Aires: modificaciones en las representaciones y prácticas de trabajadores y usuarios NBI del sector. Financiado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires, Proyecto Biental 2001- 2003 Categoría B (Equipos constituidos) Sede: Facultad de Psicología de la UBA. 6 p.

Corda, A. y Frish, P. (2008) ““*Introducción a un análisis de la aplicación de la Ley de Drogas N° 27.737 en Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires entre los años 1996 y 2007*”. Noveno Congreso Nacional de Sociología Jurídica “De la ley a las prácticas, confrontaciones sociales por el uso del Derecho”. Rosario, Argentina.

Di Nella, Y. (2005). “*Necesidad de incorporar y/o profundizar la perspectiva de Derechos Humanos en la formación profesional de los agentes de Salud Mental*”. Encuentro Internacional de Salud Mental “Nuevos sufrimientos, nuevos tratamientos”. San Luis. Argentina.

Díaz, R. y Badano, M. del R. (2005) “*Análisis de entrevistas - Frases significativas.*” Mimeo

- Fernandez, A. (1997) Capítulo 8: “*Notas para la constitución de un campo de problemas de la subjetividad.*” Publicado en “Investigaciones en Psicología”, Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, U.B.A., Año 2, N°3, Ed. Facultad de Psicología, Bs.As.
- Ferrara, F. (1985). *Conceptualización del campo de la salud*. En: Teoría Social y Salud, Ed. Catálogo. Buenos Aires. 9-19 pp
- Figueirido, J. (1995). *Droga y subjetividad. Siervos, drogados y apaleados u otras historias (para no dormir –se)*. Protección de la Seguridad Ciudadana (pp.161-183) Edición: Oñati Chapter: Droga y subjetividad. Siervos, drogados y apaleados u otras historias (para no dormir –se). Editorial: Instituto Internacional de Sociología Jurídica. Editor: Ignacio Muñagorri
- Foucault M. (1990). “*Verdad y poder*” en Un diálogo sobre el poder, Alianza, Buenos Aires.
- Foucault, M. (1999); Capítulo III: “*Lo carcelario*” en Vigilar y Castigar, Siglo XXI, México.
- Freud, S. (1921). “*Psicología de las masas y análisis del yo*”. Obras completas, Vol. XVIII, Amorrortu Editores, Buenos Aires (1920-1922)
- Galende, E. (2008) “*Una mirada al tema drogas desde la complejidad del campo de la Salud Mental. Visiones y actores del debate.*” III y IV Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas. Intercambios Asociación Civil para el estudio y atención de problemas relacionados con las drogas y Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, Bs. As.
- Gersberg, L. (2020). “*Clínica de las adicciones: mitos y prejuicios acerca del consumo de sustancias: Intervenciones, abordajes, proyectos y dispositivos*”. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Guber, R. (2004) “*El salvaje metropolitano.*” Capítulo 4 y 5. Paidós
- Güelman, M., Azparren Almeida, A. (2017) “*El anclaje territorial en los abordajes religiosos para el consumo de drogas en Buenos Aires, Argentina*”; Asociación Española de Estudio en Drogodependencias; Revista Española de Drogodependencias.
- Gonzalez Martinez, M. (2016) “*Hacia una delimitación de la noción de toxicomanías desde el psicoanálisis*”. Facultad de Psicología, UBA. Proyecto UBACYT. Secretaría de Investigaciones. Anuario de Investigaciones. Vol XXIII.
- Henri, E. (1978) “*Tratado de Psiquiatría*”. Octava edición. Masson S. A., Barcelona.
- Inchaurreaga, S. (1999) “*Drogas y políticas públicas. El modelo de reducción de daños*”. CEADS - UNR. Espacio Editorial. Buenos Aires, Argentina.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (2004) “*Diccionario de Psicoanálisis*”. Ediciones Paidós, Buenos Aires.

Llanes, K. (2018) “*Sobre los tratamientos de las adicciones en la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos. Una lectura en relación a la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental y Adicciones.*” Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de Entre Ríos.

Lora, M. y Calderón B, C. (2010). “*Un Abordaje a La Toxicomanía desde el Psicoanálisis*”. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS, 8(1), 159-180. Recuperado en 01 de agosto de 2024, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612010000200008&lng=es&tlng=es.

Maleval, J. C. (2002) “*La forclusión del nombre del padre*”. Campo Freudiano 12. Editorial Paidós.

Maxwell, J. A. (1996) “*QUALITATIVE RESEARCH DESIGN. An Interactive Approach*”. Thousand Oaks, California: Sage Publicatios. Páginas 1-13. (1. A Model for Qualitative Research Design)
Traducción de María Luisa Graffigna

Menendez, E. (2005). El Modelo Médico y la salud de los trabajadores. Salud Colectiva, La Plata. pp. 9-32.

Michalewicz, A.; Pierri, C.; Ardila-Gómez, S. (2014) “*Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización.*” Anuario de Investigaciones, vol. XXI, pp. 217-224 UBA.

Ministerio de Desarrollo Social, Agencia de prevención del consumo de drogas y tratamiento integral de las adicciones (APRECOD). “*Compendio bibliográfico de formación para el abordaje integral de los consumos de sustancias*”. Santa Fe, Argentina.

Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos (2008). “*La reforma integral de la Ley de Estupefacientes y la identificación de políticas sociales*”. Documento Oficial comité científico asesor en materia de control del tráfico ilícito de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y criminalidad compleja.

Ochoa Gomez, M. (2014) “*Los dispositivos terapéuticos para instaurar un sujeto de la palabra en pacientes adictos. Un estudio de las perspectivas de las psicólogas del Servicio de Psicología y de los médicos del Servicio de Neurotoxicología del Hospital Juan M. Cullen de la Ciudad de Santa Fe.*” Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de Entre Ríos. Paraná, Entre Ríos.

Organización Panamericana de la Salud (2023). “*Enfermedades no transmisibles.*” En: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>

- Pinto Molina, M. (1989). *"Introducción al análisis documental y sus niveles: el análisis de contenido."* Boletín electrónico "Anabad" Tomo XXXIX; número 2.
- Rascovan, S. (2003) *"Subjetividad de época. La identidad vocacional interrogada"* en Revista Actualidad Psicológica. N° 315. Año XXVIII. Bs As.
- Ricoeur, P. (1982) *"La función narrativa y la experiencia humana del tiempo."* En: Escritos de teoría, V, Santiago de Chile, pp. 70-91. Traducción: Victoria Undurraga.
- Goltzman, P. (2016) *"Memorias del Encuentro Intervenciones desde la Reducción de Daños: perspectivas y desafíos actuales"* - 1a ed revisada. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil, 2016. Libro digital, PDF.
- Sinatra, E. (2010) *"¿Todo sobre las drogas?"* 1a ed. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Steinar, Kvale (2011) *"Capítulo 9: Las entrevistas en investigación cualitativa."* Análisis de las entrevistas. Ediciones Morata.
- Stolkiner Alicia (1987) *"De interdisciplinas e indisciplinas"* del libro El Niño y la Escuela Reflexiones sobre lo obvio" comp. De Nora Elichiry, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.
- Stolkiner, A. (2005) *Interdisciplina y Salud Mental*. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. Misiones. Argentina. 1-9 pp.
- Stolkiner, Alicia, Vázquez, Andrea Elizabeth y Quercetti, Florencia (2016). *"Medicalización y consumos ¿problemáticos?"* VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Toso, A. (2020) *"El cuerpo como objeto de consumo: subjetividad y época."* Buenos Aires. Letra Viva. 96 pp.
- Touzé, G. (2006). *"Saberes y prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína"*. Intercambios: Asociación civil, Federación Internacional de Universidades Católicas. Buenos Aires.
- Touzé, G. (2010) *"Prevención del consumo problemático de drogas. Un enfoque educativo."* Buenos Aires. Ministerio de Educación. Troquel.
- Trimboli, A. (2017) *"Consumo problemático de drogas. Bases para una clínica ambulatoria de inclusión sociosanitaria."* Buenos Aires. Noveduc libros.
- Volnovich, J.C. (1998) *"Acerca de "La etificación del psicoanálisis. Calamidad "* de Jean Allouch. en Revista Topía, Recuperado de www.topia.com.ar

Wacquant, L. (2000); *“El advenimiento del estado penal no es una fatalidad”*. Entrevista. Extraído de Wacquant, Loïc, *Las cárceles de la miseria*, trad. de Horacio Pons, Buenos Aires, Manantial, 2000, pp. 165-171. Publicado como Postfacio

Imagen de la tapa: Lorenzo Princi. Designs products at Redbelly Network. En: lorenzoprinci.com

ANEXOS

Entrevistas

Entrevista al Director del Centro Huella

Fecha: Octubre 2021

Entrevistadora: Selene Mammarelli

-Director: El Centro Huella surge en el año 94 como un programa vinculado a la Dirección de Integración Comunitaria, el famoso programa 21 que así figura en la ley madre, ley de presupuesto. A partir de ahí se dan varias modificaciones. Esta casa donde estamos, es parte de un convenio que se hizo con la SEDRONAR en su momento y que tiene uso exclusivo para lo que es atención de adicciones en su momento y ahora consumo problemático, no puede ser utilizado para otra cosa que no sea para esto. Se adaptó para poder brindar atención, tuvo varios nombres, en su momento era el Centro de Referencia en Atención Provincial en Problemáticas de Consumo, era un nombre muy grande porque éramos la referencia provincial y era muy poco lo que podíamos hacer con los recursos que teníamos. Hasta 2010 el Centro Huella recibía gastos para mantenimiento, durante mucho tiempo no hubo gastos para mantenimiento, es decir, los profesionales que estaban acá juntaban plata para mantenimiento. Había pocos profesionales: algunos psicólogos, una trabajadora social, una terapeuta ocupacional y algún médico en el marco de la RISAM. Trabajaba de 7 a 13, es decir tenía una lógica muy administrativa y dependía de la Dirección de Integración Comunitaria.

En el 2010 se logra que el Centro Huella tenga una partida presupuestaria propia similar a lo que es un Centro de Salud e inicia las gestiones para pasar de la órbita del Ministerio de Desarrollo Social al Ministerio de Salud. En el 2011 ingresa un grupo grande de profesionales, que somos los que estamos hoy, alrededor de 20 entre administrativos y profesionales a través de las figuras de suplencia extraordinaria y a partir de noviembre de 2011 cambia: empieza a trabajar en horario más ampliado, desde las 7 de la mañana hasta las 7 de la tarde. Primero era hasta las 8 pero se redujo porque era medio complicado trabajar hasta ese horario acá en el barrio. Los que ingresamos en el 2011 vinimos con una sola misión acá que era ampliar la atención del Centro y trabajar en horarios vespertinos que era el hueco que tenía la institución y que nosotros veníamos a llenar en ese sentido. Ahí pensamos por primera vez un proyecto institucional que pudiera darle sentido a todos los que habíamos ingresado: ingresaron trabajadores sociales, psicólogos, médicos psiquiatras, un acompañante terapéutico, operadores de psicología social, una profesora de teatro aparte de los administrativos que permitió que se pudiera extender la franja horaria. La población seguía siendo la misma, atendíamos desde los 18 años en adelante distintos tipos de problemáticas vinculadas al consumo: consumos legales e ilegales incluidas las ludopatías que era una problemática que comenzamos a tomar en ese momento, pero sobre todo en ese año lo que se hizo fue trabajar esta lógica del abordaje comunitario. En ese año se crea el famoso Programa Puente que era un programa que vinculaba lo territorial comunitario con una estrategia de prevención inespecífica que son las problemáticas de consumo. Todavía en ese momento no se hablaba

mucho de consumo, se hablaba más de adicción. Recordá que recién en el 2010 se sanciona la Ley de Salud Mental y nosotros caímos justo en ese proceso. La provincia adhiere mucho después pero ya en el 2012 cuando se reglamenta nosotros ya estábamos empezando a cambiar esta lógica de dejar de hablar de adicciones y empezar a hablar de consumo problemático.

En 2012 nosotros pasamos a depender del Hospital Escuela de Salud Mental, todo lo que eran los nuevos profesionales. Ahí es como que se partió la institución: por un lado, los nuevos profesionales y por otro lado los que venían de Integración Comunitaria. Los de integración comunitaria pasaron a final del 2012 junto con todos los bienes patrimoniales del Centro Huella a depender del Hospital Escuela de Salud Mental. Eso trajo ciertas controversias porque en ese año, con la exdirectora de la Dirección de Salud Mental que era, hubo un episodio muy risueño: se presentó a las 7 de la mañana para ver quienes estábamos. Ella decidió nombrar una coordinadora que actualmente tiene otra función. Ella acompaña todo este proceso de desarrollo territorial.

Se inicia el Programa Puentes que tenía varias patas. Una que se sigue llevando adelante, es el 'Programa Enterate', es un abordaje de prevención inespecífica con adolescentes en edad escolar, trabajan con las escuelas. Los chicos organizan los talleres, se trabaja con estudiantes y docentes. Después está el 'Programa Entre Todos' que sigue hasta la actualidad, básicamente son estrategias de abordajes comunitarios vinculadas a comisiones vecinales, asociaciones barriales que hoy día están reformulando su población objetivo. Después estaba en 'Entre Lazos' que era una estrategia de abordaje territorial para vincular el sistema APS con Consumo Problemático: se hacían trabajos de articulación con Centros de Salud, charlas con los profesionales para articular la atención de los usuarios en el territorio.

Nosotros estamos en una parte de la ciudad donde no es tan fácil de acceder y en la mayoría de los Centros de Salud hay espacios de psicología, nuestra idea era generar articulaciones para ser absorbidos ahí. Las dos resistencias que teníamos era que los servicios de psicologías en los Centros de Salud de APS están desbordados y en segundo lugar que la temática servía como excusa para poder decir "yo no atiendo adictos", nos hemos encontrado con muchas afirmaciones de esas de psicólogos y otras profesiones. Lo que buscábamos era ver como hacíamos para que el usuario venga a algunas cosas acá y otras cosas ya haga en el territorio, para evitar gastos de venir, ir y demás.

Después había un proyecto que era 'Murales', una estrategia de intervención artística a nivel territorial. Se hicieron 3 murales junto con los usuarios durante un año. Uno está en la pinturería Píalo, otro en la escuela del Paraná 14 y el tercero lo hicimos en el barrio Santa Lucía donde trabajamos ahí. Íbamos con usuarios y pintaban en relación a conceptos que estábamos trabajando, colaboraron chicos que estaban haciendo las PPS. Fue una linda experiencia porque pudimos dejar algo más visibilizada de lo que es el abordaje. También teníamos las 'Peñas Saludarte' que era un cierre y una muestra de integrar este Centro a la comunidad, porque este Centro está en un barrio que se llama Quintas al Este, no es un barrio que se caracterice por ser muy ameno con los usuarios con problemáticas de consumo, entonces la peña saludarte buscaba generar un acercamiento de los usuarios con la comunidad: ellos mostraban sus producciones, se hacían juegos, espectáculos, venía la gente de la Comunidad Homosexual y Lésbica

de Entre Ríos y se hacía cargo de la cantina. El primero lo hicimos acá, el segundo en Avenida Ejército y el último en el Barrio Quintas al Sur, en una plaza. Vinieron muchos artistas que lo hicieron de buena onda, sin cobrar, logramos que venga León Gieco y le pedimos que hiciera una función para todos los usuarios de salud mental.

Después de eso la dirección fue tomando otros intereses, yo en ese momento estaba como Referente Técnico organizando todo lo que tiene que ver con lo estrictamente asistencial y comunitario de los profesionales. Fuimos observando que veníamos perdiendo lugar dentro de la institución. Se fueron perdiendo distintas estrategias, se dejó de hacer la Peña Saludarte, el Programa Murales se dio de baja porque no tenía la convocatoria de los usuarios ni el apoyo por parte de la institución, el Entre Lazos dejó de tener sentido porque no había apoyo ni movilidad, solo se sostuvo el Entre Todos por la buena voluntad de esta gente y el Enterate porque era una estrategia que dependía exclusivamente de la demanda de las escuelas. Una novedad del Entre Todos es que participa en su mayoría personal no profesional: obrero en maestranza, administrativo y algunos profesionales. Ellos se vincularon a asociaciones civiles y comisiones vecinales en los barrios. Ellos fueron los que organizaron y siguen participando del Encuentro de Prácticas Comunitarias en Salud Mental, en 2017 se organizó en Paraná en la Escuela Hogar. Siempre destacan que quienes participan no son profesionales, son personal administrativo.

-Entrevistadora: Cuando nombras personal administrativo, ¿a qué te referís? ¿qué tipo de tareas realizan?

-D: Esta persona que participa es jefa de orientación telefónica, una jefatura que vino de la Dirección de Integración Comunitaria, es una referente territorial muy fuerte, que conoce mucho el barrio y las instituciones, le interesaba lo comunitario. Ella viene desarrollando esas acciones junto con un obrero en maestranza que coincidentemente es el presidente de la Comunidad Homosexual y Lésbica de Entre Ríos. La otra chica que participa pertenece al área de compras, es decir, nada que ver, pero mucha gente de la que ingresó en 2011 tiene una vinculación con lo territorial y la militancia barrial y pretendieron llevar adelante las mismas acciones acá lo cual a nosotros nos parecía genial porque era la primera vez que se podía hacer algo así y que sea avalado como parte de tu horario de laburo. Obviamente que al principio hubo muchas resistencias de parte de los mismos compañeros administrativos porque no entendían que el obrero de maestranza en vez de estar limpiando los baños estaba dando un curso de peluquería, chocaba. Se pudo trabajar mucho sobre eso, logramos que se pueda comprender y sistematizar porque es algo muy importante y hasta el día de hoy siguen dando algún tipo de respuestas. El Enterate sigue gestionándose. Con la pandemia hubo un parate muy grande y se hicieron muy pocas cosas de manera presencial, pero hasta 2019 tenían planificadas acciones en distintas escuelas, ya sea dentro de Paraná o en localidades aledañas como San Benito, Oro Verde.

-E: ¿Hoy en día cuántos trabajadores son?

-D: Nosotros somos cerca de 40 personas, entre profesionales y administrativos. Más del 50% del personal está en planta, en condiciones de estabilidad laboral o en planta permanente, la gran mayoría

coincide con que es el personal administrativo o son profesionales pertenecientes al escalafón general tramo C porque ahí en salud tenes dos cosas: el escalafón general que regula todas las funciones del personal administrativos pero dentro de ese escalafón hay un subtramo que es el tramo C donde estarían los profesionales y después tenes la carrera médico asistencial que es la carrera que regula las profesiones vinculadas a la asistencia específicamente, todos los que somos suplentes extraordinarios que somos cerca de 13 o 14 profesionales estamos bajo esa figura, digo estamos porque yo también estoy bajo esa figura. ¿Qué significa ser suplente extraordinario en la administración pública en el Ministerio de Salud? es una figura totalmente precaria, sí bien tenes una serie de derechos similares al personal administrativo y de planta como el goce de licencias anuales, licencia profiláctica que tienen todos los profesionales de salud mental de forma obligatoria, quiere decir que a mitad de año te tenes que sacar 15 días corridos sí o sí y la licencia anual computada de acuerdo a la cantidad de años de antigüedad. Los suplentes extraordinarios, a diferencia del personal que tiene planta permanente, no tienen el reconocimiento de antigüedad y categoría, recibís los aumentos generales del gobierno y la categoría es lo que te da el salto cualitativo en el salario, es decir, no te pagan antigüedad y se renueva anualmente, si se cae automáticamente no tenes derecho a reclamar nada. También se puede dar de baja por incumplimiento, abandono de funciones; son fácilmente reemplazables. Es un recurso que se creó en su momento en el Estado para dar respuesta a situaciones excepcionales pero que quedó ahí. Para cambiar esa situación de suplente extraordinario a interino tienen que generarse cargos y para eso tiene que haber una estructura que comúnmente la mayoría de los Centros de Salud no tiene, entonces estamos entrampados en un vacío legal que siempre nos deja fuera de todo. Por ejemplo, este es el cuarto paso a planta que estamos viendo pasar y no nos agarra, pasan administrativos del escalafón general pero no pasan profesionales. Tampoco se hacen concursos, los concursos se hacen en hospitales generales y la dinámica es bastante inequitativa porque por ejemplo sí sos o fuiste residente en Salud Mental tenes un puntaje extra. Los cargos que se concursan son jefaturas, es un cargo y somos 200 profesionales en la provincia precarizados de distintas formas. Hay gente que se jubila incluso como suplente extraordinario, lo cual es jubilarse sin categoría. Ellos te dicen que el laburo está reconocido y garantizado, pero para que esté garantizado deberíamos gozar de los mismos derechos.

En estos últimos dos años hubo algunos movimientos, la anterior directora pasó a ser Directora General de Abordaje en Consumos Problemáticos, una organización nueva. En 2018 se hace una reestructuración del sistema sanitario de Entre Ríos. Eso implicó una recategorización de todo el sistema sanitario, desde hospitales hasta Centros de Salud, se dividieron por niveles y por situación de complejidad en el abordaje. En esa reorganización nosotros quedamos como establecimientos específicos de atención ambulatoria en salud mental. Ahí hay 3 centros de salud en toda la provincia y los 3 están en la ciudad de Paraná: el Mercedes Di Giusto, Casa del Joven y el Centro Huella. Son establecimientos de diagnóstico, tratamiento ambulatorio sin internación en Salud Mental. En primer lugar, está la Dirección General de Salud Mental, en segundo lugar, se crea la Dirección Provincial de APS y Salud mental provincial y la Dirección General de Abordaje en Consumos Problemáticos provincial y debajo están los establecimientos especializados en Salud Mental.

Durante la pandemia se hicieron guardias, seguimientos telefónicos, escucha telefónica y la atención presencial estaba restringida a situaciones exclusivamente de urgencia y la mayoría de las cosas se hacían de manera virtual por protocolo de Covid. A medida que iban flexibilizando la situación sanitaria se iba habilitando progresivamente la atención. Nosotros acá no fuimos afectados como el resto del sistema sanitario por el Covid, pero sí teníamos que seguir garantizando la atención de nuestros usuarios, tratar de sostenerlo utilizando distintas estrategias. Entre junio y julio del 2021 se reactualiza la situación sanitaria y retomamos la atención presencial, esto implicó una reorganización de tareas, lugares, tiempos, personal afectado por situación de salud y riesgo. La mayoría del personal está vacunado y eso es una tranquilidad, esto permitió garantizar volver a laburar más tranquilos. En el medio de toda esa situación la coordinadora anterior renuncia y nos encontramos en una situación de anomalía porque no teníamos una referencia clara hacía donde iba la institución entonces se decide hacer una nota al Director General de Salud Mental solicitando su intervención y explicando que delimite quién iba a suceder o si aceptaba que desde acá surgiera una propuesta, aceptó eso, se hizo una asamblea y es la primera vez en la historia del Centro Huella que los trabajadores eligen a sus propios representantes. Se eligió por votación, la idea era que sea por consenso, pero no se logró eso entonces se fue a una especie de elección donde había dos postulantes, voto secreto y ahí quedé elegido como coordinador general. A partir de ahí se empieza a trabajar en una reestructuración del servicio y se intenta imprimirle otro sentido a este lugar, con otras herramientas: entendiendo que nosotros somos parte del sistema sanitario, segundo que tenemos un área programática que antes no teníamos. El área programática del Centro Huella es el departamento Paraná. Tercero, paralelamente se habilita el Centro Integral de Atención a las Juventudes y eso implicaba que la población que se va atender ahí es una población que nosotros atendíamos acá entonces se acuerda con las autoridades que nosotros a partir de la implementación del Centro de las Juventudes directamente vamos a trabajar con población mayor a 24 años. Esto no implica que si hoy en día llega un chico menor a 24 años no lo alojemos, pero la idea es coordinar y derivar con ese dispositivo.

Hay otra dinámica en relación a lo que el Centro quiere hacer vinculándose con el resto de los dispositivos de salud y entendiendo a este Centro como parte del sistema sanitario. La propuesta que le presentamos al Director General de Salud Mental tenía que ver con esto, con entender que las problemáticas de consumo están atravesadas por los determinantes sociales de la salud, los cuales son indicadores que nos permiten comprender cuál es el estado sanitario de la población que atendemos. Desde agosto que asumimos hasta hoy 5 de noviembre han cambiado muchas cosas: hemos recuperado muchos profesionales que estaban en otras instituciones y pudimos reordenar todo el personal, hemos retomado la tarea de las estadísticas como un instrumento central para poder ver la evolución de la cantidad de usuarios que asisten al Centro sino para tener elementos que nos permitan apoyarnos y generar políticas públicas en salud y salud mental. Estamos coordinando acciones pensándolas en el campo, que tiene que ver con articular los efectores que están atendiendo a la misma población que nosotros. Hacemos esto porque hay un diagnóstico del cuál partimos: no llegan al Centro Huella por distintas razones. Siempre doy el mismo ejemplo y es recontra redundante: nosotros tenemos un solo

usuario de la Villa 31 y esto nos tiene que llamar la atención. No es por estigmatizar a la Villa 31 pero tenemos muy claro que en la villa hay muchas situaciones de consumo porque la gente nos dice, las madres se acercan y tenemos un solo usuario. Hay algo que está fallando. Estamos a una cuadra y media, osea que la barrera física no estaría siendo un impedimento de accesibilidad, hay otras cosas más, hay que estudiar ese territorio. Sí eso lo trasladamos a la ciudad de Paraná no llegamos a ningún lado. Pero, ¿qué usuarios llegan? los usuarios que son derivados por otros dispositivos o vienen con otro recorrido vinculado a la atención de consumo problemático, gente que tuvo experiencias en comunidades terapéuticas, tránsitos en dispositivos hospitalarios, gente que tuvo problemas con la justicia y son obligados a asistir a un tratamiento o chicos que vienen presionados por las situaciones familiares.

-E: ¿Qué tipos de consumos atienden frecuentemente?

-D: Hay de todo, chicos con problema de consumo de THC, marihuana, cocaína, heroína, hay chicos que tienen policonsumo, es decir, consumo de alcohol, entre otras cosas. En realidad, acá no se trabaja desde el punto de vista de que es lo que consumen, porque el emergente de qué es lo que consumen es el último eslabón, en realidad lo que está debajo y sostiene esa práctica de consumo es lo que uno tiene que deconstruir. La forma de construirlo es realizando la propia historia de ese usuario. Obviamente que para que el usuario se sienta cómodo y alojado lo primero que se tiene que hacer es contenerlo para que pueda expresar que es lo que sucede. Hay un objeto que está tapando algo, ese objeto que es la sustancia tiene una multicausalidad que lo sostienen que va desde violencia, hasta vulnerabilidad, situaciones de trabajo, exclusiones de hogares, muchas cosas. Sí a eso le sumas que no pueden manejar una situación de consumo y están en una situación de crisis uno trabaja sobre la crisis, pero después la idea es abordar el proyecto de vida lo que motoriza el tratamiento ambulatorio porque si no es imposible de sostenerlo. No es que tienen una situación donde ellos puedan tener mucha claridad de porqué vienen, a veces vienen diciendo que es porque las mamá los obliga, o porque los obliga el abogado o porque quieren evitar ir a la justicia. La pregunta que se devuelve es ¿que quieres hacer vos?

Hay equipos de recepción de demanda, antes se llamaba admisión. ¿Porque admisión? ¿Qué queremos admitir? sí tenemos que alojar, ya no podemos hablar de admisión. La recepción de demanda son 6 dispositivos que reciben a los usuarios o familiares, al amigo, a la novia, preocupados por la situación que atraviesa el sujeto y a partir de ahí se empieza a coordinar las entrevistas para poder hacer una evaluación pre diagnóstica que nos permita ver y evaluar en que situación esta este chico, necesita una atención psicológica, psiquiátrica, el abordaje de un trabajador social, etcétera.

-E: ¿Los equipos profesionales como se organizan?

-D: Se organizan de manera interdisciplinaria. Tratamos de que por lo menos o más bien tratamos no, tenemos 6 equipos y en cada uno de los equipos siempre hay 2 profesiones que son distintos. Obviamente que eso no garantiza lo interdisciplinario, pero sí la escucha diferenciada. La interdisciplinariedad en realidad nosotros la trabajamos en el espacio de reuniones de equipo, ahí es donde ponemos a jugar la mirada interdisciplinaria, es la apuesta que intentamos recuperar porque habíamos perdido hasta eso: la

capacidad de encontrarnos y discutir cómo estamos haciendo con cada uno de nuestros usuarios. La pandemia en eso atravesó muchas cosas. También estaba la comodidad del profesional de entender esto como si fuera un consultorio: vos venís, te atiendo, te vas a tu casa y volves dentro de 15 días. Estamos deconstruyendo esa idea. La única forma de deconstruirla es encontrándonos a discutir el caso, entonces la clínica aparece ahí como un eje real donde nos exponemos ante el otro diciendo cuales son las situaciones en las cuales nos sentimos convocados. Eso costó mucho, recuperar ese espacio de encuentro donde todos los profesionales nos encontramos, tenemos un temario, traemos las situaciones que abordamos no solamente en la recepción de demanda sino los casos que se trabajan de manera individual. Ahí se van conformando los equipos de trabajo porque no es que solo lo va a atender el psiquiatra, alguna situación vas a encontrar sí revisas las historias clínicas de que sí, está solo con el psiquiatra, sobre esos casos estamos volviendo a trabajar porque no puede ser que solo lo esté atendiendo el psiquiatra, algo está pasando acá. Esos son los famosos casos crónicos donde aparecen derivaciones por ejemplo del Hospital Escuela que por una situación de cercanía y por ser una persona que tienen patologías duales o patologías asociadas al consumo y la referencia les queda más cerca acá, siguen con el psiquiatra acá, algo más tenemos que hacer, sí solamente van a venir a estar con el psiquiatra a supervisar su esquema de compensación de estructura algo más debería hacer acá. Así que estamos trabajando sobre todos esos casos crónicos que no son muchos, pero son los que queremos que tengan otro tipo de abordaje. Que tampoco no es que no se hayan hecho durante todo este tiempo porque muchas veces te encontras con situaciones que vos decís este ya lo vimos, ya paso por acá y por acá y sigue igual, bueno hay que seguir discutiendo el caso, porque la movilidad, los contextos cambian, los profesionales también van rotando y en esa situaciones que se nos escapan y en esa otra mirada hay cosas que es importante que el otro pueda escuchar, por eso es importante la reunión de equipo para nosotros y a pesar de la resistencia de los propios profesionales a ese espacio hemos logrado volver a instalarla como de manera “obligatoria” pero más que nada para que puedan pensarse como un espacio en donde uno se encuentra con la mirada del otro, para ver qué es lo que se puede llevar a esa instancia donde se encuentra en la soledad de la atención clínica cuando se acerca a un psicólogo o a un psiquiatra solamente el usuario. Ahí se hacen las derivaciones, se discute lo que necesita cada usuario, se articula y ahí es donde se pone en juego lo interdisciplinario en sí, se forman los mini equipos de trabajo donde aparece el trabajador social, el psicólogo, el psiquiatra, la enfermera que son la referencia del usuario en alguna situación.

-E: Cuando decís resistencia de los profesionales ¿a qué te referís? ¿Alguna resistencia en particular?

-D: Sí básicamente tiene que ver con esto que te decía... La historia de Huella viene signada con una forma de comprender la mirada y la manera de atención desde acá. Cuando se empezó con esto, se creía que en algún momento había que terminar una cantidad específica de personas a atender por profesional. Por decirte un ejemplo: psicólogos decían 5, ¿5 que?, 5 pacientes, hablaban de pacientes, 5 usuarios, “¿por día?” “no no, por mes”. ¿Cómo por mes? Entonces es como que vos te quedabas así... “¿Y aparte que haces?”, “aparte bueno tengo...” Después se sumaron las terapias grupales. X fue una de las

primeras en armar un grupo terapéutico para familiares, después se empezaron a armar los grupos terapéuticos. Hoy tenemos grupos terapéuticos de distintas características, con distintas miradas, tenemos talleres, entonces ahí se diversifica mucho más la cantidad de atención de usuarios por profesional, pero sin embargo seguimos teniendo algunas resistencias que creen que esto es tipo consultorio ambulatorio. Entonces se mezcla mucho lo privado con lo público y no es porque se derivan pacientes al consultorio privado, pero sí está esa lógica, falta sin aviso, no vino, “¿y che, pero no llamaste?” “¿qué hiciste vos? ¿lo trajiste a la reunión de equipo?”, entonces estamos en ese proceso en donde tenemos que transformar esa lógica, deconstruir esa lógica, que es una lógica muy arraigada y que está también muy atravesada por lo administrativo, porque bueno yo vengo cumpla y me voy, y no, no es ese el laburo que queremos hacer o por lo menos no es ese el desafío que me propuse a la hora de asumir este lugar. Yo quiero otra cosa para este lugar, yo quiero que tenga otra dinámica y que sí de alguna forma tengo que poner en papeles, mostrarlo estadísticamente que puede hacer y tienen capacidad de poder generar otra cosa de a poco los voy a ir llevando hacía ese lugar. Tengo la suerte de que hay un grupo mayoritario que entiende esa perspectiva, entiende que hay que articular, entiende que hay que trabajar articuladamente con el sistema sanitario, con los servicios de APS, que entiende que la salud mental no es solamente la atención en consultorio, sino que tiene que estar articulada con los distintos Ministerios, dispositivos, programas, porque si no el chico viene acá te cuenta como estuvo, se va y no es así, eso ya sabemos que no funciona, pero cuesta.

-E: ¿Los equipos interdisciplinarios se manejan en algún marco-teórico conceptual común que puedas rastrear o hay mucha diversidad en ese sentido?

-D: Mira, hay marcos teóricos que no son negociables. Nosotros hablamos de consumos problemáticos, primer marco teórico.

-E: ¿Todos hablan de consumos problemáticos?

-D: Todos hablan... todos deberían hablar de consumos problemáticos. Todos hablamos de usuarios. Todos estamos enmarcados dentro de la Ley de Salud Mental. Todos entendemos que la mirada y cuando digo todos digo desde agosto hasta ahora porque fuimos los que propusimos estos cambios. Todos entendemos que la mirada del Plan IACOP es el horizonte de sentido, sí bien es una ley que no está reglamentada plantea los lineamientos que deberían tener el abordaje de los consumos problemáticos. Obviamente que hay posturas, miradas teóricas, epistemológicas que por ahí tienen alguna resistencia. Acá vos te vas a encontrar con psicólogos que tienen distintos posicionamientos teóricos pero la batalla que nosotros queremos dar es la batalla discursiva. Nosotros hablamos de espacio de psicología, no hablamos de psicoterapia. Y sí hay profesionales que se han formado en psicoterapia y demás todo bien pero bueno son espacios de psicología. Tenemos un médico generalista que habla de los consumos problemáticos y en un momento era una lucha con el tema de las abstinencias. Bueno nosotros dejamos de hablar de la abstinencia. No era solo la abstinencia... En vez de hablar de riesgo hablaban de abstinencia o de la abstinencia como un objetivo en sí. Y nosotros “no no, la abstinencia no es un objetivo, el proyecto de salud es el objetivo”. Porque sí vos solo vas a correr el eje a la sustancia y no

vas a ver lo que el otro te está mostrando de su historia de vida no entendiste nada. No renegamos del cuadro de crisis por consumo, no es que estamos “ah bueno no sucede”, cuando sucede tenemos mecanismos bien operativizados, porque nosotros acá no tenemos forma de poder contener una crisis porque el dispositivo no está preparado para eso. Entonces, ¿qué se hace en ese sentido? llega un chico con una situación de consumo excesivo, exaltado, totalmente desbordado por su situación de consumo, lo primero que se hace es contenerlo, poder alojarlo, apelar a que pueda acceder a una internación para que pueda controlar esa situación de crisis de consumo, el único lugar que tenemos disponible para eso es el Hospital Escuela por lo cual hay que articular ahí, se llama al 107, al 911 en caso de que la situación se desborde y se torne violenta y después una vez que estar internado en el Hospital Escuela lo que se hace es coordinar con ellos hasta que el muchacho pueda bajar de esa situación de riesgo, ahí lo que se evalúa es la situación de riesgo para sí o para tercero, sí está en riesgo yo no lo voy a dejar en la calle, tengo que alojarlo, voluntariamente en principio. Sí se plantea de manera involuntaria ya es otro proceso, ya hay que informar, más allá de que la internación se hace igual hay que informar a la justicia porque la internación involuntaria tiene que ser comunicada y supervisada, pero sobre todo lo que se hace es preservar a la persona.

-E: ¿Siempre para la internación articulan con el Hospital Escuela únicamente?

-D: En el caso de que sean internaciones en un cuadro de crisis. La otra demanda que hay con las internaciones es con las comunidades terapéuticas, pero también hay que hacer una evaluación previa para poder llegar a eso porque comúnmente la demanda de internación en comunidades terapéuticas viene desde otro, no viene del usuario. Entonces vos ahí tenes que tratar de descubrir de dónde viene la demanda: viene de que vos te querés internar, por el abogado, por mi mujer, por mi madre, etcétera. A eso hacemos referencia cuando decimos una escucha atenta porque ahí es en donde se juega la clínica, en esa escucha del otro donde tenes las pautas de cómo podés intervenir y hasta dónde poder intervenir. Y cuando aparece esta demanda y es real y se evalúa que es una posibilidad de internación en una comunidad terapéutica tenes dos caminos muy claros: sí el usuario tiene obra social es una dinámica y sí el usuario no tiene obra social tenemos que apelar a las becas de la SEDRONAR y ahí se articula con los dispositivos de SEDRONAR que están habilitados. En el caso de Paraná la única institución que está habilitada es Luz de Vida para hacer internaciones con financiamiento de la SEDRONAR, después tenes en Santa Fe Renacer, después tenes en Concepción del Uruguay y Gualaguay tenes otras comunidades terapéuticas y después depende donde haya cama la SEDRONAR te dice tenes una beca en Rosario o en Buenos Aires y el usuario accede a trasladarse hasta allá. Las lógicas de las comunidades terapéuticas son muy distintas a lo que son las lógicas en tratamiento ambulatorio y ellos se regulan de otra manera. En el caso de las comunidades terapéuticas de acá, debería estar todo cubierto por la beca de la SEDRONAR pero en los hechos reales después te encontras con que te piden que el usuario tenga ingresos como para poder bancarse todas las situaciones por ejemplo de gastos de manutención, te dicen: higiene, jabón, pasta dental y los puchos, y eso son mil pesos. Y sí no tiene nada de eso entonces no. “Pero se supone que está cubierto por la SEDRONAR”, “no eso no lo cubre la SEDRONAR”. Mentira,

sí lo cubre. No te cubre los puchos, te cubre la internación del pibe pero se supone que no es poca plata. En su momento eran casi 80 lucas por mes. Entonces vos decís “¿no te alcanza para comprarle la pasta dental y el jabón?”. Entonces tenés que apelar a distintas estrategias. Sí tiene una pensión se saca de ahí, pero ¿sí no tiene nada? ¿Quién pone la plata? Entonces ahí empiezan con que “no tenemos espacio, no hay camas”, tenes que hacer intervenir a la justicia, mientras tanto el pibe dando vueltas y sosteniéndose como puede de manera ambulatoria y en ese mientras tanto te cambia: no quiero, sí quiero. Hiciste todos los trámites de la SEDRONAR, llegó dentro de un mes y te quieres matar. Por eso apelamos a las internaciones en periodos breves para que los pibes puedan volver a tratamiento ambulatorio. Las internaciones breves son en el Hospital Escuela donde lo que se hace es contener la crisis, están 3 o 4 días, se estabiliza y siguen en tratamiento ambulatorio, a veces funciona, a veces no. A veces la única alternativa es la internación en comunidades terapéuticas porque es el único dispositivo que a ellos los aleja de una situación de consumo que no pueden manejar y que estando en una situación de encierro entre comillas, en realidad es un encierro elegido, se sienten más ameno, más cómodos, lo quieren hacer, les sirve. Hay una estadística que demuestra que la mayoría de los usuarios que han transitado por comunidades terapéuticas el porcentaje de eficacia es muy bajo digamos. Porque mientras estás ahí está todo bien pero después tenes que volver al mismo lugar de miércoles digamos. Sí no se trabaja hacía el afuera que es el trabajo que se intenta hacer desde acá estás en la misma, porque el contexto es el mismo. Mientras estás 6 meses ahí que tenes regulado día, horario, actividades, que tenes a alguien ahí. ¿Y afuera? Entonces es como que ahí faltan cosas, entonces el laburo y el desafío es articular con quienes están conteniendo en los territorios y que esa articulación no sea una articulación de: necesitas un psiquiatra para la medicación. “Aja ¿para qué?”. Porque sí vos pensas que la medicación va a resolvernos el problema estamos en la misma. La medicación es un soporte en una situación específica. Sí entiendo perfectamente que en esto del acceso al sistema sanitario, la mayoría de los chiques con los cuales trabajan los territorio y los centros que están más próximos a las situaciones complicadas tienen dificultades en estas situaciones de derivarlo al hospital y que en el hospital te atiende un médico siempre distinto, esa situación genera incomodidad para el usuario.

También hay mucha resistencia con el tema de la medicación psiquiátrica porque también es una realidad de que los chicos acceden a la medicación en los territorios. Hay como un mercado ilegal ahí de acceso a la medicación entonces dicen: “No che, yo estoy queriendo salir y vos me estás ofreciendo esto”, “bueno, pero acá está supervisado por los médicos, es distinto el encuadre”. Y así vas trabajando de a poco, no es tan fácil. Después el tema de la administración, ¿quién se la va a dar? porque sí le das toda la medicación junta no se puede, acá tenemos un esquema de supervisión quincenal con los usuarios que vienen hace años y con algunos usuarios de hace años incluso la tenemos semanal.

-E: ¿Hay acompañantes terapéuticos?

-D: Tenemos un solo acompañante terapéutico que ahora se recibió de psicólogo así que lo perdemos. Es una figura que sería importantísimo incorporar...

-E: Porque por ahí en ese intermedio...

-D: Sí, pero ojo porque pensar que el AT es el que va a administrar la medicación es reducir la figura del AT. Ahí hay que trabajar más a nivel territorial con los referentes para que esos referentes no es que asuman la responsabilidad, pero... Cuando digo referentes no solo me refiero a las familias. También es una responsabilidad pensar en los territorios el decir “che te dejo la medicación y vos se la das”, porque es un arma de doble filo que los chicos sepan que ahí hay medicación y no es tan sencillo. Hay que evaluar cuál es la mejor estrategia. Por ejemplo, el otro día estuve en uno de los CAPS, le dejo la medicación allá porque los chicos van allá, y hay que ver sí lo hacemos de manera semanal, quincenal.

Entonces estamos en todo ese proceso Sele, son muchos desafíos, pero tienen que ver con entender que esto es parte de un sistema que es más grande y que dentro de ese sistema necesitamos articular: para optimizar recursos, para no superponer intervenciones y para garantizar que los usuarios lleguen porque si no llegan el sistema no está funcionando. Ahí hay muchas barreras que hay que ir atravesando paulatinamente, con distintos efectores: no solamente con los efectores específicos de salud mental sino con los efectores de salud pública.

-E: ¿Con los hospitales generales en qué medida articulan? ¿Cuesta un poco más?

-D: Mira los hospitales generales vos te referís al Hospital San Martín por ejemplo...

-E: Claro...

-D: El Hospital San Martín tiene un servicio de Salud Mental, pero es un servicio intrahospitalario. Hemos hecho algunas consultas con algunas situaciones, pero es muy difícil. Ellos no es que tienen atención de demanda espontánea, sino que atienden las derivaciones internas de los distintos servicios del hospital. El Hospital Escuela ya te expliqué más o menos como es la articulación. El Hospital junto con el Centro de Salud Carrillo o el Oñativia son Centros de Salud de Referencia de manera que cuando se hacen articulaciones tratamos de coordinar con los equipos más que nada, pero son cuestiones que se van articulando en relación a las demandas que aparecen de alguna situación puntual del usuario. El Hospital de la Baxada hoy está subsumido a la atención COVID así que no hay una articulación posible. En su momento, antes de la pandemia teníamos un convenio en donde los usuarios iban y se hacían los estudios clínicos ahí. Nosotros al tener un médico generalista acá no tenemos laboratorio, tenemos enfermero, pero no laboratorio, él hace las indicaciones y hemos articulado con el Oñativia, Carrillo y la Baxada como para que los usuarios vayan y se hagan sus estudios ahí. Eso hay que volver a trabajarlo porque atravesado por la situación sanitaria se ha ido desconfigurando, así que estamos en todo ese proceso.

Se incorpora a la entrevista el Secretario Técnico del Centro Huella

-E: ¿Con cuántos psicólogos cuentan?

-Secretario: No sé, 7 u 8.

-D: Son 7 u 8 psicólogos, 2 psiquiatras, 1 médico generalista, 2 enfermeros, 3 terapistas ocupacionales, 2 trabajadores sociales, uno soy yo y otro es alguien que está haciendo una suplencia, 1 acompañante terapéutico y 2 operadores de psicología social. Esos son los profesionales estables. Ah y también tenemos una psicopedagoga. Esto es personal que se ha vuelto a incorporar a la institución.

-Secretario: No sabemos la historia exactamente porque es alguien que empezó hace mucho. Sospecho que en algún momento había como un pedido de la institución respecto de una cuestión de psicoadaptación, entiendo que una psicopedagoga puede calzar más en ese tipo de proyecto digamos que no es el actual porque bueno: Ley de Salud Mental que ha modificado bastante los sentidos y las relaciones interinstitucionales sobre todo.

Entrevista Profesional de Enfermería (EF)

Entrevistadora: Bueno nada, primero como para empezar, si quieres presentarte, contarme cuál es tu profesión, hace cuánto que estás en la institución.

EF: Bueno soy XX, soy Licenciada en Enfermería, tengo posgrados, estoy también en una tesis en una maestría de enfermería también y yo trabajo desde el 2005 en el Hospital Escuela de Salud Mental, allá cuando en el 2011 está la Ley Nacional de Salud Mental este Centro pasa a ser como un dispositivo del Hospital Escuela, porque se entiende que las problemáticas de consumo forman parte de la salud mental, no como antes que era de Desarrollo Social. Bueno ahí yo justamente estaba haciendo la maestría y necesitaba una directora de tesis con ciertos criterios, viste que te piden, y por ahí bueno me contacte con XX que era la Directora de esta institución. Entonces ella bueno, hablando con ella me dice: “yo necesito una enfermera con tu perfil”, porque soy como atípica, el perfil, de lo que sería en ese momento la enfermería asistencial. Bueno justo habían salido, yo estaba cubriendo jefatura y subjefatura en sala de internación, y bueno y desde el departamento central, el departamento de enfermería del hospi sale digamos como una hoja para anotarse en distintos dispositivos. Y bueno yo me anoté en el Centro Huella; estaba Hospital de día, estaba el Gia, no me acuerdo, bueno, eran dispositivos ambulatorios, viste. Bueno entonces eso más que me contacte con ella que me dijo que sí, en el 2013 vengo acá en septiembre y desde ahí hasta la actualidad mi cargo es del Hospital Escuela pero yo por resolución ministerial, mis horarios laborales y todo, están acá. O sea yo me jubilo dentro de un año, un año y medio y mi cargo lo cubren allá, mis vacaciones lo cubren allá en el Hospital, no viene acá alguien a cubrir.

Eso bueno, es algo como para pensar el año que viene. Pero bueno este año fue particular, con las elecciones y todo eso porque en su momento, o sea, la tesis, hace del 2013 a la actualidad, o sea que ya hace 10 años que estoy. Bueno, en estos 10 años yo curse la maestría, empecé la tesis, todo, bueno después nos agarró la pandemia, yo presenté la tesis, me la corrigieron y volví a hacer de nuevo, la presente pero cambio la gestión porque es de Rosario la maestría. Y ahí estoy, dando vuelta porque tardan en contestar los mails, cuando me contestan dice: “ya está para el jurado”, por ejemplo, pero hasta ahora todavía no sé nada, entonces yo quiero cerrar eso para ya cerrar digamos porque hace cuánto, 10 años que estoy estudiando eso. O sea, ya la tesis era, en un momento: “El rol de enfermería en salud mental” después lo cambié a “la representación social de enfermería en salud mental en el trabajo interdisciplinario”. Bueno a ver pará, “representación social de enfermería en salud mental en el trabajo interdisciplinario en el ámbito de la salud mental”, ya ni me acuerdo, tengo que revisar ahí como es (risas). Claro, uno se va perdiendo viste, tanto que te dilatan. Y quiero terminar eso porque yo ya me estoy por jubilar, o sea me falta poquito para jubilarme, pero además en este último año cambió la Ley de Salud Mental entonces ahora vos tenes categorías y tramos. Los tramos, no se si eso es de interés, pero bueno después lo recortas (risas).

E: No hay drama, no hay drama.

EF: Los tramos tenés: A, B, C y D. A son los enfermeros digamos universitarios y terciarios y los auxiliares que en algún momento fueron, que están jubilados, entran ahí también.

E: Claro...

EF: Yo ahora estoy justo en esa re-categorización en el B como Licenciada, pero con la maestría paso al D, que sería el último tramo.

E: O sea, vos con la maestría te recibís de...

EF: He no, mi maestría es de Administración y Gestión en enfermería pero con el título de Magister yo paso directamente al D. El C eran posgrados... no posgrados, especializaciones. Y yo tengo un posgrado en Docencia a Nivel medio y universitaria pero no te lo toman, tiene que ser "Especialización en..." Bueno, entonces pasaría al último, entonces yo ahí que sería maestría y doctorado en el último tramo, así ya es como que mi profesión de enfermería bueno listo, quedo ahí...

E: X y ¿de qué actividades participas dentro de la institución?

EF: Bueno y en todos estos 10 años es difícil encontrar... a ver, nosotros en el Hospital Escuela, en internación, el consumo problemático es agudo, se lo desintoxica, estaba con esa forma de trabajar, ¿viste? más a lo específico digamos del caso agudo y después terminar en internaciones, pero es ahí digamos. Al venir acá tuve que cambiar también la concepción del abordaje, porque es ambulatorio porque no está centrado en la droga sino en la elección de la persona en un momento determinado, con el vínculo que establece con determinada sustancia y objeto porque ahora se agregó el tema de los objetos, sea la ludopatía, sea la tecnología, conductas adictivas. Entonces yo no podía entender como puede ser que no se lo medique, como puede ser que vengan y ... hasta que uno va estudiando, va haciendo capacitaciones y demás, trabajando en equipo, y uno aprende también con los otros profesionales y bueno ese caminito también me han planteado "¿qué hace una enfermera acá?", ¿me entendés?...

E: Bien...

EF: También hay una cierta representación de los compañeros y hacerme el lugarcito, que aporta enfermería a esto, todas esas cuestiones, que me fui haciendo el caminito, y bueno he participado de distintos dispositivos, no sé si a eso vos...

E: Si, sí.

EF: Uh bueno, en un primer momento hice un relevamiento de historias clínicas donde la mayoría de los usuarios de acá comenzaban su primer consumo en la adolescencia, después eso te abre digamos a distintos pensamientos para reflexionar, eso por un lado. Por el otro, que por ahí muchos no han tenido un laboratorio. Acá los laboratorios, que es cuando pasan por el clínico o la clínica ahora, no es para saber si consumió, que consumió, cuánto consumió, sino para saber cómo está la salud interna digamos, biológica, porque hay muchos que no han hecho nunca después de cuando eran chiquitos, pediátricos y después se encuentran 40, 50, 60 años y nunca han hecho un control de rutina. Entonces, por ahí dan ciertas enfermedades o bueno, para después seguir siendo evaluados por la clínica. Entonces ahí hice tipo un convenio con los Centros de Salud para que tengan acceso más rápido, los usuarios de acá a la hora de sacar turno para laboratorio, para electro que eran más o menos los básicos que se hacían.

Este año, te digo eso porque este año se logró hacer en los centros de salud de referencia: Carillo, Oñativia, bueno, los de referencia de Paraná, ese convenio de poder otorgarle al usuario de Centro Huella, con el RP de la clínica, porque hay muchas veces que vos vas a una institución y como no tienen la firma del médico de esa institución, tenes que sacar turno, entonces el usuario: pasa por acá, va a un centro de salud, pasa por el clínico de salud para que le tomen los mismos laboratorios, para después traerselo a la clínica. Entonces se acota ahí a que tengan un poco de prioridad digamos... En todos los centros de salud fuimos re bien recibidos y se pudo lograr re bien eso. Se aclara siempre que son los usuarios del centro de referencia, ¿me entendés? entonces si un usuario es de, por ejemplo, cerca de Sani, pueda ir al Oñativia y ser atendido digamos con el RP de la médica de acá, sacar un turno para el electro, para radiografía o lo que necesiten, entonces se logró coordinar eso, re bien.. Eso más o menos en esa línea.

Después lo que pasó en la pandemia, acá pasan los usuarios por los psiquiatras, algunos que necesitan en la recepción de demanda, una interconsulta o cuando se cierra digamos la recepción de demanda y se deriva a los espacios también... o durante el tratamiento, por ahí hay algún profesional, por ejemplo, está en el espacio de psicología, y en un determinado momento necesita una interconsulta con el psiquiatra también. Entonces hay algunos que son medicados, otros que no, otros que son evaluados digamos, con educación del psiquiatra que no necesitan, otros necesitan un tratamiento por un momento de medicación y otros no, otros tienen patología dual...

E: ¿Vos acompañas en ese proceso que me decís, por ejemplo, en el caso de que necesiten medicación, cumplís alguna función ahí?

EF: No, y ahora voy con eso... Entonces con la pandemia, ¿qué pasaba? no había colectivo, ¿te acordas que no había colectivo? Entonces venían acá, de acá se iban caminando al Hospital Escuela, porque no había colectivo y no tienen plata para pagarse un remis u otro medio de movilidad, a buscar la

medicación. En esos momentos se coordinó, se trabajó, que por ahí me ayudó XX, que es el actual director, a poder organizar el tema de la medicación. Entonces yo, le hacía hacer la receta a los médicos, iba cada 15 días, retiraba la medicación, venía. Tenemos un mueble ahí, bajo llave, la llave la tienen los dos médicos y yo, con la medicación psiquiátrica; que por paciente yo le hacía sobrecito para 15 días. Entonces el usuario, a los 15 días venía al espacio de psiquiatría, si seguía todo igual, se llevaba por los otros 15 días la medicación, y así.

A la actualidad, siempre hubo digamos organización porque, si bien, o reuniones hasta lograr hoy que esté funcionando bien. Porque del Hospital Escuela, la farmacia abastece al hospital, después al Mercedes Di Giusto, a lo que era Casa del Joven, que ahora está en Caputto: el Centro de las Juventudes, y a Huella. Pero de estas tres instituciones que son de Salud Mental, el Centro Huella son los que pagan la medicación con presupuesto, que no es el presupuesto mensual que te dan, no hay un apartado que diga medicación, o sea se ocupa del presupuesto que te dan...

E: Que le llega al Centro...

EF: Que llega al Centro y se administra... Pero lo que hizo fue una organización, en tanto a la cantidad de medicación que había allá, que no se usaba porque por ahí se hacía una vez al año una lista de la medicación, lo compraban ellos, habían por ejemplo 3000 comprimidos de Alprazolam que se terminaban venciendo porque lo habían pedido en algún momento y se seguía repitiendo eso pero ningún usuario de acá estaba indicado con Alprazolam, entonces todo eso se fue organizando hasta llegar ahora a una lista de medicación que son las más usadas.

Lo que yo hago para que vos entiendas, es: una vez al mes busco la lista adelante con la secretaria, todos los pacientes que pasaron por el espacio de psiquiatría, de los dos psiquiatras, saco el número de historia clínica, reviso una por una para ver si hay cambio de medicación, si tienen indicada medicación, porque como yo te decía, capaz están en el espacio de psiquiatría, pero el médico dice que no necesita medicación, que se lo evaluará dentro de dos semanas. Entonces todo ese trabajito lo hago, todos los meses. De ahí, me anoto, porque yo soy mucho del papel, ocupo la computadora para lo necesario, pero... Entonces ahí me hago toda la listita de los usuarios con la indicación, con la medicación, saco el total de medicación utilizada, o sea, por ejemplo: Clonazepam, en ese mes que yo hago, por decirte, 940 comprimidos, entonces hago toda la listita del total, la llevé allá al Hospital, ellos me la preparan, después voy, la busco, vengo, separo con esa listita que yo hago con las indicaciones, le pongo el papelito porque por ahí vos pones el apellido, la droga y el total de medicación pero capaz hubo modificación porque se le subió o se le bajó alguna, entonces saben y los médicos son los que sacan o ponen después ahí. Por eso que lo tengo que controlar todos los meses a las historias clínicas. Y de ahí me pasan el stock real, porque había también problemas con que mis cálculos no daban con los cálculos, entonces me decían: no tenes medicación. “¿Y cómo puede ser? si yo tenía según mis cálculos, tengo tanto y ahora...” Por eso se fue modificando entonces me pasan el stock real después de buscar la medicación,

entonces yo ahí hago el pedido porque sé con cuánto real tengo, cuánto use. En estos meses hubo faltantes, 70, 30 comprimidos. Pero son faltantes, porque allá manotean y sacan cuando necesitan para el hospital entonces tengo que hacer todo ese control porque es medicación que yo después no la tengo...

E: Claro, entiendo...

EF: Capaz que, si yo tengo, por ejemplo, 100 comprimidos de Aloperidol, ocupo para un paciente 30, pero me sacan del hospital, yo no hago el pedido porque supuestamente tengo y después cuando hago el pedido resulta que no tengo. Entonces todo ese quilombo lo hago. Y después se hace el pedido, pasa a compra, busco los recibos que de compras lo hacen cada 2 o 3 meses. Vengo con la chica de compra acá, nos sentamos con el pedido y que es lo que facturan y a ver si coincide o no coincide. Entonces, por eso te digo, a hoy estamos organizados, pero todo eso fue un proceso de tiempo de organización y de hablar y de esto y de lo otro, ponerse de acuerdo, entonces bueno. Entonces hasta ahora si, nos cierra. Bueno, hay faltante, bueno yo ahora ya le pasé al farmacéutico de allá del hospital, después voy...

E: ¿Y con el psiquiatra de acá también trabajas, articulas en algún momento?

EF: Y siempre, porque por ahí te dicen: “acordate que a fulano le agregué”, “bueno, ya me fijo” viste (risas).

E: Claro, si si.

EF: He, igual ellos tienen otro horario, no nos encontramos mucho, pero si si, diálogo siempre. Hay, por ejemplo, un usuario que yo le digo “che mira vos sabes que este quedó en el hospital internado”, “si” dice, “venia mal”, que se yo no sé cuanto, “bueno, yo le voy a pedir igual la medicación porque no vaya a ser que salga de allá, venga acá y tiene que tener, es mucha la medicación que toma”. Imaginate que 4 clonazepam por día, ahí ya tenes 120, más haloperidol, más biperideno, más, creo que carba, entonces no puedo no tener acá eso porque después viene el usuario que le dan el alta y ¿cómo mantenes?. Entonces toda esa organización la hago. Había un usuario que, por ejemplo, necesitaba haloperidol de canoato, que es un inyectable del depósito, una vez al mes. Bueno, se lo va y se lo aplica allá, pero la ampolla la ocupan del Centro Huella que yo compre y queda ahí guardada para ese usuario. Bueno así que todo eso...

Después también estuve en el dispositivo Enterate por muchos años... No se si te lo han nombrado.

E: Me lo han comentado, si...

EF: Bueno, que en este sentido de que se veía que muchos empezaban sus primeros consumos por publicidad, por distintas situaciones de la vida, en la adolescencia se pensó ese dispositivo para ir a las

escuelas. Nosotros somos una institución que trabaja con mayores de 18, no podemos reducirnos hasta muy chico. Nos han pedido primaria y los primeros años, porque hoy en día los que empiezan con 12 años, 11 años, ya empiezan con los consumos. Pero trabajamos en los talleres: problematizar las prácticas de consumo de manera inespecífica con los adolescentes a través de juegos, publicidades, distintas técnicas, en 4to, 5to y 6to año, con las escuelas que nos convocan. Siempre por ahí vos decís “no, no tenemos ninguna”, apareces 5, entonces vos tenes que planificar, porque no es un encuentro, tenes que planificar con las escuelas, con los directivos, hacer reuniones, contarles como trabajamos, te encontras en las escuelas con que la semana pasada vino un ex adicto, hace un año vino de toxicología de la policía entonces nosotros no decimos “está mal eso”, son distintas maneras de abordar la temática, nosotros trabajamos de esta. Así que bueno con eso, viste que los gurises además, hablar no solamente de la droga y lo que hace sino que lo hacemos reflexionar, que ellos tengan una crítica y trabajar desde la reducción de riesgo y daño también.

E: Bien, entiendo.

EF: Ah y también en las recepciones de demanda, porque acá las entrevistas se hacen con mínimo dos profesionales, que sea interdisciplinario. Y bueno también he participado de las recepciones, donde uno escucha las demandas y planifica una estrategia más oportuna en ese caso, los casos son todos singulares y cada uno es particular. Entonces el tratamiento no todos van a los mismos espacios, se va diseñando en función a la problemática.

E: Bien, vos me comentabas que habías trabajado en el Hospital Escuela, supongo que has trabajado con otros usuarios que no necesariamente tenían consumo problemático, sino que de todo un poco vamos a decir, te iba a preguntar ¿qué particularidades clínicas consideras que te encontras en los usuarios con consumo problemático o en que se podría diferenciar digamos?

EF: ¿Los que consumen con los que tienen una enfermedad psiquiátrica?

E: Claro, en ese caso por ejemplo te encontraste con esos usuarios...

EF: ¿Las características?

E: Si, que particularidades te encontraste o a primera vista, qué te surge...

EF: Y yo, mi corazoncito esta en Sala C, que es de hombres...

E: Aja...

EF: Por ahí lo que he visto, es mucho que... a ver, si bien el juzgado no te indica más una internación como antes de la ley, antes si, te ordenaba por dos meses y hasta... bue, lo tenias que tener ahí junto con todos los otros que vos imaginate que a partir de los 18 años tenes un amplio grupo etario digamos...

E: si, si, si.

EF: Y lo que he visto bueno si, homicidios, aluden que están bajo los efectos del consumo entonces por ahí se deja hasta ser estudiado y evaluado para hacer un diagnóstico presuntivo. Em, bueno con custodia policial, o sea que no solamente tenes que estar trabajando con el usuario sino también el tema de la fuerza policial en la sala de internación, donde las fuerzas policiales no tienen la formación en salud mental. Yo siempre digo que los que estén haciendo adicional en el Hospital Escuela tienen que tener una preparación en salud mental porque te los chicanean, te los manotean y te los tiran al suelo a la fuerza y nosotros desde salud mental tenemos otra forma de abordar las distintas situaciones. Ahí ya tenes una diferencia. ¿Qué pasa? También se te puede brotar, hacer un brote un paciente con enfermedades psiquiátricas digamos. Y por eso, digamos, en ese sentido hay, no sé cómo decir, es ahí digamos, tenes que ver de la mejor forma profesional y objetiva de ver la situación y acompañar la situación digamos. Pero los que tienen consumo problemático generalmente no te acatan las normas de convivencia, no te acatan los limites, propios de un hospital, ¿me entendes? de convivencia mínima dentro de una institución de internación. No sé qué más decirte porque además las situaciones son complejas, tanto para unos como para otros porque el tema de los vínculos familiares, afectivos, socio-económico, educación, también, o sea, son lo mismo, pero a ver mi corazoncito siempre está más puesto en los que tienen enfermedades psiquiátricas por el hecho de que si ellos te ven una araña para ellos es real, vos no la ves y ¿cómo actúas?: -” ¿ahí la ves? (hace un gesto con la mano como matando una araña) bueno, la mato entonces te quedas tranquilo”, - “si”. Vas, pisas al aire y él se queda tranquilo. En cambio, los que tienen consumo problemático por ahí te meten droga, hacen camadilla. Yo he encontrado, el delivery, famoso delivery, me iba a la puerta a ver porque a las dos de la tarde llevaba la moto con la marihuana. Yo conocí lo que era el olor a marihuana en el hospital, ¿me entendes?

E: Si.

EF: Después en el transcurso de los años empezó a ser la cocaína entonces me tocó ya saber quien iba, salía del hospital a comprar y con los médicos de guardia y el equipo de guardia a revisar, “bueno bajate las medias”, o sea no los haces desnudar digamos, vos vas mostrando y que se yo. Y claro, transpiraban como loco porque se bajan las medias y le salen cuatro bochas, de alita de mosca. Llamar a toxicología para ver si es pura, si no, si esto viste, todo eso. Y eso es lo complejo digamos. Una vez imaginate que había una embarazada con consumo que le habían llevado helado. No sé a quién se le prendió la lamparita de revisar el helado. Tenía la capa de helado, pero abajo de la capa de helado tenía todo droga para venderla adentro del hospital. Porque viste que ya uno va viendo, y de donde sale y como puede

ser y ya veo conductas raras viste de: paso y te toco la mano. Entonces eso es lo que por ahí complejiza digamos estar en la sala de internación.

E: Bien, y en los casos que les ha tocado intervenir con la justicia, ¿cómo ha sido ese proceso? Los que vos me decís que llegan con...

EF: ¿con custodia policial?

E: Si, o derivados de la justicia o por una situación de violencia o de homicidio, ¿cómo han ido interviniendo? ¿Te ha tocado, en el equipo de admisión, por ejemplo, acompañar alguna situación...?

EF: ¿Acá?

E: Si, acá en particular.

EF: Acá, ¡uf! Este año anduve acompañando los procesos de recepción de demanda cuando por ahí compañeras que no han venido, entonces me piden que colabore o muchas entrevistas espontáneas. ¡Ay! todos los que me tocaron a mí con restricción, hasta uno con tobillera, yo no sabía lo que era la tobillera, con la riñonera, que te llaman que se yo. Y uno entiende que el proceso legal es por un lado y el tratamiento es por el otro. Vienen muchos y te dicen: “No, porque me mandaron, tengo probation, si yo no hago tratamiento se me juntan las causas y me mandan preso”. Entonces se trata de trabajar de que problematice el consumo de sustancia y si no se logra en varias entrevistas de que vea que hay un problema en ese vínculo, o sea que estableció con el vínculo con la determinada sustancia, se eleva el informe y se dice que en este momento no problematiza la problemática de consumo o no... si, sería una cosa así digamos. Porque no podes hacer nada con la persona que no lo problematiza.

E: Bien. Bueno... ¿participas de las reuniones de equipo?

EF: Si.

E: Aja, ¿quieres contarme de que se tratan?

EF: Las reuniones de equipo son fundamentales. Mira, este año hemos hecho tipo conversatorio, porque nosotros hacemos Paraná y Paraná Campaña. Entonces hemos ido por ejemplo en Villa Urquiza, y se convoca Salud, Centros de Salud, Educación, Policía, todos los que quieran participar de los conversatorios viste. Porque está estas cuestiones de las representaciones. Em, en una vez nos dijeron “ajá, entonces la ONG que ustedes trabajan...”. Habíamos estado una hora, no entendieron nada que no es una ONG viste.

*risas

EF: Bueno, todo eso pasa. A lo que voy yo es que al conocer y al estar en otras instituciones, no todas tienen esto de las reuniones de equipo, ¿me entendés? Por ahí los convocan a reuniones casos puntuales, bueno. Y acá se estableció hace muchos años los miércoles a la mañana. Entonces por ahí si hay cuestiones institucionales se informa digamos y después se hablan de los casos. Los casos que pueden estar bajo tratamiento digamos, y pasar algo particular entonces se los socializa y se piensa en conjunto estrategias a resolver.

E: Bien.

EF: O los casos de las recepciones de demanda donde se hace un cierre o se va hacer el cierre de esas entrevistas y se necesita, se pensó en el espacio grupal, espacio de T.O., espacio de trabajo social o que se yo. Entonces ahí es donde vos te juntas y vos decís, te dicen los psicólogos: “sí, yo tengo dos espacios, bueno tomo ese”.

E: Claro.

EF: Y así van viendo. Es importantísima porque si no después se te pierden los usuarios viste, quedan ahí “sí, después te llamo”. Que por ahí pasa mucho cuando están las licencias, ahora anuales, por ejemplo, donde somos poquitos en las reuniones de equipo, vos necesitás derivar, pones, por ejemplo, “bueno a confirmar el espacio tal” y después capaz que vos te fuiste de vacaciones y quedó ahí viste y se trata de que no sea así, pero puede pasar. Entonces es importante justamente para que no pase, poder derivar, hablar de los casos. Hay muchos que pasan situaciones muy complejas entonces por ahí al plantear esos casos en conjunto se piensan y se resuelven estrategias, que capaz con uno o dos te queman los papeles.

E: Bien, he ¿en este trabajo con los CAPS que me comentabas hoy al inicio, vos me decías que siempre tuvieron un vínculo bastante fructífero podríamos decir con los CAPS, ¿qué desafíos pensás que por ahí quedan en ese trabajo interinstitucional? Porque es todo una... (interrumpe)

EF: Los mismos de siempre, que es... cuando nosotros teníamos también un dispositivo del Entre Lazos que justamente íbamos a los Centros de Salud, antes de la pandemia principalmente, para entablar un vínculo, hacer redes. Por ahí hay usuarios viste que les queda más cerca el Centro de salud y vienen acá y se puede trabajar en conjunto. Descentralizar por un lado y cambiar un poco ese estereotipo de que este es un centro, o sea, llega uno, consume marihuana, lo derivan al Centro Huella. Bueno, todo ese trabajito además de... Por ahí cuando hemos ido: “No, acá no hay problemática de consumo”. Empezas

hablar de otras cosas: “Si, pero vienen mucha violencia de género porque resulta que el marido...”. Porque está naturalizado mucho el consumo de determinada sustancia como el alcohol, entonces no llega el que consume alcohol, pero llega la víctima: “no, porque él es bueno, pero cuando está tomado me pega”, por ejemplo. Entonces abordan esa problemática. Entonces bueno todo ese tipo capacitación en relación a la temática del consumo problemático se ha hecho en los centros de salud. Después con el tiempo cuando se organizó en el Ministerio las áreas de APS, de Hospitales y de consumo problemático. De parte de las APS, bajaron línea de que todos los Centros de Salud tienen que tener un equipo de salud mental. En ese proceso nosotros íbamos por ejemplo y también está esto de - “no bueno hacemos rápido la charla que estábamos entablando porque el director quiere que armemos el área de salud mental”, bueno y - “quienes son los que van?”, -”y no, vamos las tres”, y las tres son psicólogas. Entonces esta todavía eso de lo disciplinar de una rama y no pensar en la salud mental con el agente sanitario, con la enfermera, hasta con el administrativo, que es el que recepciona a veces. Por ahí charla con el administrativo y la persona se va más tranquilo viste. Entonces eso de trabajar el consumo problemático dentro de salud mental de manera interdisciplinaria todavía le falta a los centros de salud.

E: Bien... Em, ¿han trabajado en articulación con comunidades terapéuticas?

EF: Em, que yo sepa no. Lo que hemos tenido es que la persona, la familia, estando el usuario en tratamiento acá, piden una internación en comunidades terapéuticas. Entonces se hace todo el informe. Bueno eso lo solicitan, se les da la información donde tienen que, por el tema de la beca del SEDRONAR, donde se tienen que dirigir, todo ese proceso se ha hecho. No son muchos, pero ponele en este año 4 o 5, no sé, 4, 3. Que piden ir. Y hemos tenido otros que se han, le han dado de alta de las comunidades terapéuticas y quieren sostener un tratamiento entonces vienen a mantener un tratamiento ambulatorio y hemos tenido otros casos de que se han ido de las comunidades terapéuticas porque han pasado, te explican digamos, todas las barbaridades por ahí que pasan, porque no son todas las comunidades terapéuticas iguales. Viste que hay algunas que son de tinte religioso, y bueno todo eso. Y bueno, y piden hacer un tratamiento ambulatorio acá. Entonces tenes distintas. De acá se puede derivar digamos a una comunidad terapéutica porque lo pide el usuario y es parte de su derecho. Y también es parte del derecho de los usuarios que solicitan ser abordados digamos después. Tenes por lo menos de los que recuerdo esos tres ejemplos puntuales.

E: Bien...

EF: Pero trabajar así con... no, yo no conozco. O sea que tengamos una reunión con tal comunidad terapéutica, no conozco.

E: Claro. Bueno hay un montón de preguntas que me las fuiste respondiendo en el curso del diálogo así que para no ser redundante capaz vamos a dejar acá. Bueno, te agradezco en principio, por tu tiempo.

EF: Bueno, no fue tan difícil para mí (risas).

E: ¡No! si, tranqui, para mí es como un montón de data que yo después tengo que ir ordenando seguramente. Y le decía a X, que también estoy aprendiendo como hacer entrevistas porque no es tan sencillo, como escuchar y bueno ver entre las preguntas y lo que a uno se le va pasando por la cabeza, qué repreguntar y qué no; pero me pareció re interesante porque tu formación me parece como que, es interdisciplinaria y estás formada desde esa perspectiva y bueno, hay algunos puntos que yo voy situando en mi situación problemática de mi tesis que tiene que ver con: cuando hablamos de concepciones digamos de consumo problemático se ponen en juego un montón de cuestiones y entre eso todo lo que atraviesa las instituciones que tiene que ver con este trabajo comunitario que vos me comentas, con los interinstitucional, con lo que pasa dentro de las instituciones, entonces en ese sentido son como un montón de dimensiones que también hacen después a la concepción que se tiene del consumo en la institución. O la accesibilidad, hoy charlaba también mucho con X que es como todo un desafío enorme que tienen todas las instituciones y sobre todo en estas problemáticas que por ahí es re complejo lograr que se siga, una continuidad, que la persona venga y demás. Así que bueno, me pareció re interesante las estrategias que se dan y que me comentabas así que nada, te agradezco y no sé si quieres hacerme alguna pregunta en particular o algo...

EF: Bueno, de nada. No, lo que pasa es que, a ver la problemática de consumo es tan difícil porque es propia, o sea no es propia, no tiene que estar en la sociedad viste, pero bueno está instalado como parte del consumo, del consumismo, que nos lleva. Entonces viste por ahí con los chicos en las escuelas uno, o sea no puede desconocer digamos de que hacen previa, viste que se instaló el último primer día, el último no sé qué cosa. Y por ahí está el tema de la fiesta de disfraces y bueno está naturalizado y más ahora después de la pandemia el uso de celulares y tecnología. Poder que ellos vean, que vos podés usarlo, es un medio de comunicación, pero tiene que, ellos se tienen que dar cuenta cuando les está haciendo mal. Yo, por ejemplo, tengo mi hijo de 15 años, por eso lo veo en los compañeritos. Hay uno que se lleva no sé cuántas materias y me dice “porque no estudia”, y si cada vez que va a casa estás hablando y él está con el celular, o sea, está constantemente, estamos comiendo y esta. Es impresionante como se ve eso. Después los juegos de casino virtuales.

E: Ah sí, tremendo.

Entrevista Profesional de la Psicología 1 (P1)

Entrevistadora: Bueno, me gustaría que me comenten en principio hace cuánto que trabajas en el Centro, cuál es tu profesión.

P1: Aja, bien. Bueno yo soy psicóloga y llegué en el año... a fines de 2016 acá a Centro Huella. Un poco con un proyecto similar al tuyo, pero bueno en ese momento de la mano de mi directora de tesis que me dijo que bueno, la verdad que yo no conocía Huella, que trabajan con consumo problemático y yo en ese momento... a ver yo terminé de cursar y me quedo la carrer... la tesis pendiente, me fui como por otros caminos. No había nada dentro de lo académico que me... digamos que no encontraba mi lugar ahí dentro de lo que ofrecía digamos lo académico más cerrado por decirlo de alguna manera. Y me fui, me fui a hacer una formación en Gestalt de 4 años. Y cuando...

E: Aja... Perdón, ¿vos estudiaste en UADER?

P1: Yo estudié en UADER claro... Y cuando terminé la formación en Gestalt digo "tengo todo" pero me faltaba la tesis y es como que me faltaba ahí el... y bueno un poco renegando volví, volví a la facultad, hablo con mi directora de tesis que me espero todo ese tiempo y me dijo "el día que quieras nos sentamos con eso". Bueno, vuelvo y le digo "quiero hacer el proyecto". Bueno, me dice "tengo un lugar para vos". Y me dice: "Andate a Huella, habla con la directora". Hablo con la directora de acá, la llamo por teléfono, me presento así como muy, prácticamente en un movimiento muy impulsivo por decirlo de alguna manera. Me dice "venite el viernes y charlamos", era miércoles, así muy... Y ella estaba dirigiendo la institución y buscando hacer otra cosa y en ese momento yo trabajaba como juegos cooperativos, o sea había salido de la formación en Gestalt así como con otro enfoque y había hecho varias formaciones en juego cooperativo, no se si sabes lo que es, o juego colaborativo en realidad...

E: Tengo una idea... (risas)

P1: Tenes una idea, aja... "Bueno listo", cuando cuento por donde andaba y que yo tenía ganas de hacer algo con los usuarios me dice si no venimos a hacer algo con los profesionales y yo ya estaba como muy jugada digamos, yo me quería recibir, bueno, dije que sí, empecé a venir un poco a transitar los dispositivos de la institución, que la institución ofrecía. Eso fue a fines del 2016.

E: Bien... P1, y actualmente ¿de qué espacios participas hacia el interior de la institución?

P1: Hacia el interior de la institución, bueno, lo cierto es que no me fui de ahí, o sea, no es que no me fui del 2016 siempre estuve en contacto con la institución y hace dos años surgió la posibilidad de, bueno de ingresar un poco más de manera estable al equipo, como psicóloga hace dos años y estoy en el

dispositivo de recepción de demanda que es uno de los dispositivos de ingreso a la institución, hago atención clínica a usuarios y en este momento estoy armando hace ya un par de meses, un dispositivo que se llama “Cultivando Salud” que trabajamos en los espacios verdes de la institución.

E: Aja...

P1: Un poco para trabajar la clínica desde otro lugar digamos...

E: Bien...

P1: ¿No? En este tipo de problemáticas, más allá de, sí, de la entrevista que es fundamental, trabajar con el otro, que el otro pueda articular algo de su padecimiento, pero también es una problemática donde se necesitan otros dispositivos, ¿no? Esto de pasar el día haciendo otra cosa, de poder gestionar el tiempo de otra manera, que no solamente sea ir al consumo.

E: Bien, este espacio “Cultivando Salud”, ustedes trabajan en espacios verdes y me decías, ¿tiene que ver a lo mejor más con promoción, prevención o qué tipo de actividades realizan?

P1: Mjm, mira en realidad es un proyecto que lo armamos donde el objetivo que teníamos era trabajar por fuera de los consultorios por decirlo de alguna manera y con una mirada preventiva, ¿sí? es más, haciendo foco más en la salud que en el consumo en sí. Fue por eso que decantó en una huerta digamos...

E: Ahh, ¡ok!

P1: Claro...

E: Bueno y ¿qué tipos de actividades realizan?

P1: Siempre la actividad está ligada a lo que el usuario propone, si, por eso cuando le pusimos el nombre así bastante amplio, espacios verdes, porque bueno no sabíamos si iban a querer dedicarse a los canteros, hacer, pintar afuera, era como bastante amplia la propuesta y enseguida de ellos salió la idea del cultivo digamos, del cultivo de semillas para poder obviamente luego cosechar, trabajar en recetas, así que bueno. Generalmente el dispositivo está abierto, nosotras siempre estamos todos los martes a partir de las dos de la tarde. Ahora vamos a ver cómo hacemos con el verano porque a las dos de la tarde en verano se va a poner bastante complicado pero la idea es militar, entre comillas, ese espacio, desde ahí. Que el usuario sepa que siempre va haber dos profesionales a esa hora que van a estar disponibles para ofrecer un espacio de escucha ligado al hacer también.

E: ¿Y los usuarios que participan de este dispositivo, llegan a la institución y ustedes le ofrecen este espacio o como llegan a ese dispositivo en particular?

P1: Claro, la vía de entrada es siempre la admisión digamos, la admisión o sea el usuario llega, se le hacen algunas entrevistas de admisión que nosotros llamamos de admisión y ahí el equipo admisor por decirlo de alguna manera, es el que ofrece. Entonces dice bueno “acá hay psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales” y se va armando el dispositivo en función de lo que el usuario requiere digamos.

E: Bien...

P1: Que se yo, hay algunos que el trabajo afuera no les gusta o el trabajo grupal les parece que no. A veces también pasa que llega un usuario y no logra sostener el trabajo grupal digamos, entonces bueno prefiere ir por una vía como más clásica por decirlo de alguna manera. El trabajo en grupo requiere de eso también. Y aparte, a ver, yo estoy en un equipo admisor y a la vez, o sea la persona con la que yo trabajo en este, o sea mi colega con la que yo trabajo en este dispositivo es una T.S. Entonces cuando nos dicen “bueno chicas hay una posible derivación para ese espacio” nosotras lo que hacemos es hacer una pequeña entrevista a ese usuario, comentarle de que va el espacio para ver si bueno, si realmente es algo que bueno, que quiera sostener, que le interesa. Siempre la idea es poder sostener, o sea que el otro pueda sostenerse en su deseo ahí digamos. Por eso te decía que las actividades van de la mano de lo que el usuario propone. Nosotras tenemos ahí bueno el ojo atento a la clínica ¿sí?, pero hacemos con ellos.

E: Bien... Respecto del dispositivo de admisión, ¿cómo está conformado el dispositivo?

P1: Aja, bueno en este momento hay, no tengo en claro cuántos equipos admisores hay en este momento funcionando en la institución, más de 5 seguro, eso tendrías que chequearlo con X, que es el que recién hablo con vos. Yo estoy en un equipo de admisión con XX, que es psicóloga también. Pero hay bueno equipos conformados por trabajadores sociales y psicólogos, trabajadores y terapeutas ocupacionales, un psiquiatra y una médica clínica, ¿sí?

Más de 5 porque esos que te nombre están funcionando seguro.

E: ¿Las entrevistas de admisión las hacen de a dos o un solo profesional y el usuario?

P1: De a dos, de a dos y el usuario. A veces entrevistamos a algún familiar, no en todas las ocasiones. A veces pedimos que vengan con algún familiar de referencia. A veces es solamente con el usuario y eso. Y las entrevistas se van tejiendo según el caso digamos. Por ejemplo: hace un tiempo llegó un caso de una chica con consumo, con un consumo problemático, ahí sí que era problemático en serio, de sustancia, y bueno y en un momento la chica se quiere ir de la entrevista y estaba su mamá también,

entonces mi compañera se quedó con la mama y yo salí con la paciente afuera, nos quedamos afuera tomando mate y ella ahí pudo decir otra cosa. Desde mi, desde nuestro equipo admisor tratamos de abrir un poco los espacios. Trabajar bueno, en función de lo que el otro necesita.

E: Vos decías recién de que esta paciente tenía un consumo problemático enserio, ¿porque consideras que hablan de consumos problemáticos?

P1: Que hablan ¿quiénes?

E: Ustedes, como profesionales, como institución.

P1: Bueno porque en realidad el consumo, nosotros estamos en una sociedad de consumo donde bueno la invitación es a consumir digamos, lo que sea, he lo que sea y a veces esos consumos se vuelven problemáticos, otras veces no. A veces hay consumos que no se vuelven un problema y en ocasiones sí, que es un problema realmente para la persona. Que esa persona ya no puede sostener sus horarios de trabajo, hay algún tipo de quiebre en los vínculos familiares, roturas de pajera. Entonces ahí bueno el consumo adquiere otro tinte. Esto es una lectura más bien personal: generalmente el consumo no es el problema, hay otras cosas. Pero bueno esto una vez hecho un trabajo más clínico digamos. Quizás la punta de iceberg es el consumo y después hay que empezar a ver qué es lo que sucede ahí, que es lo que pasó ahí, en esa historia, en ese recorte.

E: Bien, por ahí una pregunta más general respecto de los usuarios que llegan al equipo de admisión y demás, ¿cómo podrías caracterizar, digamos, a la población que llega o a los usuarios que llegan a la institución?

P1: Aja, no se si podría darte así una caracterización, sí podría decirte que hoy en su mayoría son varones, bueno ese es todo un dato también porque no es que no haya consumo problemático en las mujeres, tiene otras características. Las mujeres bueno por ahí cuesta un poco más llegar, cuesta un poco más que las mujeres lleguen a este dispositivo. De hecho, hay en la institución un dispositivo que es el Grupo de Mujeres y bueno, es un grupo que costó conformarse, que se sostiene en el tiempo, hace mucho tiempo que está pero que bueno en su mayoría, yo miro la sala de espera o miro la lista de admisión y en su mayoría son varones.

E: Bien, em...

P1: Y atendemos a todo tipo de población, clase media, baja, alta, con trabajo, sin trabajo.

E: ¿Eso es como que va variando?

P1: Si, si, si. Si en épocas de crisis digamos, como es esta situación... Bueno hay si otras características... Últimamente está pasando que llega mucha gente y una tiene que debatirse si le ofrece algo para comer por ejemplo o no. Eso va por ahí en el modo de cada uno digamos. Muchos dicen “no bueno si uno ofrece ya de entrada un plato de comida esto se transforma en otro tipo de institución”, bueno yo tengo un interrogante ahí, no sé.

E: ¿Consideras que eso, a lo mejor, son debates como que se dan al interior de los equipos entre ustedes digamos?

P1: Si, si, si. Y que bueno hay que poder escuchar eso también.

E: Bien... entiendo que ustedes además de los equipos digamos, trabajan en reuniones institucionales donde se juntan todos los profesionales.

P1: Aja...

E: ¿Esto es así?

P1: Aja, si, tenemos la famosa reunión de equipo.

E: Eso, reunión de equipo, no me salía el nombre. ¿De qué se tratan estás reuniones?

P1: (risas) ay, tocaste un punto ahí. Em, bueno la reunión de equipo intenta ser un espacio donde podamos hacer derivaciones entre profesionales, ¿sí? Lo cierto es que a veces la vida institucional, hablando así muy poco académicamente, te lleva puesta. Si, te lleva puesta en el sentido en que hay que resolver un montón de situaciones porque los usuarios que vienen acá algunos que se yo, ponele, tienen su psiquiatra en el Hospital Escuela entonces eso implica que yo no puedo quedarme sola con mi tratamiento acá con el usuario sin estar en contacto con el psiquiatra por ejemplo del Hospital Escuela. O usuarios de la Villa 351, que es todo una población que requiere otro tipo de trabajo. Yo no me puedo quedar sentada esperando que llegue la paciente de la Villa 351, espero un día, espero dos, la voy a buscar. Bueno “¿qué pasó ahí?”, “¿porque no llegaste fulana?, ¿en dónde anduviste?”. He y bueno y también ir como registrando ese movimiento que el otro necesita, no irte encima del movimiento del otro por decirlo de alguna manera, no sé si soy clara...

E: Si, si, si.

P1: Aja, pero bueno en realidad me fui de tema. Con respecto a la reunión de equipo, bueno lo principal es si hay casos para derivar, entonces llega un usuario, el equipo lo atiende, el equipo admisor y al día miércoles en la reunión de equipo se plantea digamos si se necesita espacio de psiquiatría, de psicología, de terapia ocupacional, entonces se hace una breve reseña del caso, digo caso entre comillas porque uno transmite las entrevistas nomás ahí, no hay ningún caso formado todavía, no hay ningún caso clínico por decirlo de alguna manera. Entonces se deriva digamos a los profesionales que estén disponibles que bueno, eso es como un tetris también, es ver porque somos... si bien somos muchos, los usuarios que llegan también son muchos. Entonces de eso se trata la reunión de equipo, básicamente lo que hacemos es trabajar en las derivaciones y bueno cuestiones institucionales. Bueno por ejemplo en este momento estamos muchos de los profesionales afectados a lo que pasó en salud, que no hemos cobrado nuestro sueldo digamos. Entonces bueno esos temas también se tocan en las reuniones de equipo.

E: Los equipos para cada usuario podríamos decir, ¿se van conformando únicamente en función de la disponibilidad o hay como otros factores que...?

P1: Y se trata de que no, de que no solamente sea en función de la disponibilidad digamos, se trata de que haya también un deseo del profesional que se juegue en ese caso también, eso igual es algo como ideal digamos. A veces, primero que el usuario llega y uno lo atiende digamos, eso no está en discusión digamos. Después se trata de que si hay un caso que se presenta y en un punto a mi hay algo que se me juega que yo digo: “che yo por tal motivo siento que no puedo con este caso”, que haya otro que sí lo pueda tomar digamos.

E: Bien...

P1: Pero sí, se trata de ir trabajando en función de lo que el usuario requiere digamos.

E: Bien, te iba a preguntar respecto a esto que me estabas mencionando de la cuestión si se quiere de la accesibilidad cuando alguien no llega digamos o falta, inasistencias y demás. ¿Cuáles son las estrategias que por ahí se van dando, entre ustedes, para bueno si el usuario no llega, llegar al usuario podríamos decir?

P1: Claro, claro... Bueno eso es una discusión, vez. Bueno, para esto también es la reunión de equipo. Es una gran discusión puertas adentro de la institución y de la reunión de equipo. Yo considero que nosotros trabajamos con una población que bueno que tiene ciertas particularidades que quizás yo todavía no las puedo nombrar, pero bueno te las voy nombrando en el transcurso de la entrevista. Que... bueno es una posición muy cómoda esperar que el otro llegue digamos, ¿sí? Yo trabajo también en el consultorio privado, entonces yo se: bueno tengo mi agenda, hoy a la tarde viene fulanito, menganito.

Yo sé que esos pacientes llegan y si no llegan me avisan un día antes, ¿sí? y sino, bueno la entrevista se tiene que pagar igual, uno paga por el espacio, son como dos lógicas diferentes digamos.

Acá, bueno a veces el usuario llega y puede sostener y a veces no pero no es trabajo solamente del usuario llegar a la institución. Yo laburo mucho con la transferencia también, es un trabajo mío también hacer que ese otro pueda llegar, sin paternarlo, entre comillas, si quieres usar ese término. Pero bueno saber que el espacio está disponible para él. Y si no llega bueno ver que está pasando, porque si no a ver, la vida institucional también te lleva como a protocolizar algunos espacios. Entonces te dicen “bueno a tres entrevistas que no vino se da de baja el espacio”. Bueno, pero en el medio, yo considero que uno puede hacer algunos movimientos. Qué se yo, un llamado telefónico, quizás no yo, pero alguien de administración, “che tenías turno en el espacio de psicología, ¿paso algo? no llegaste”. Bueno, a veces hay usuarios que, salió un trabajo, por ejemplo, le salió un trabajo y bueno tenía un turno conmigo, claramente se prioriza eso.

E: Bien...

P1: Esta esa apertura, en algunos profesionales un poco más flexibles que otros.

E: Pensaba en esta cuestión que comentabas del trabajo interinstitucional si se quiere, como por ejemplo profesionales del Hospital Escuela o de otras instituciones, bueno, esto es una cuestión que permanentemente en el campo implica

interrumpe

P1: ¡resuena!

E: ...todo un desafío y de cuestiones, en bueno, ¿cuáles son esos desafíos que vos consideras que aparecen más frecuentemente?

risas

P1: Y mira, yo con los desafíos con los que me he encontrado más así de cara, sobre todo al estar en el espacio de admisión o de recepción de demanda, acá se le llama espacio de recepción de demanda. Yo por ahí considero que no cambia mucho como mencionemos las cosas si las prácticas siguen siendo las mismas. Yo le sigo diciendo admisión, entonces por ahí te dicen “No, no es admisión, es recepción de demanda”, bueno a ver, sí, está todo bien, es recepción de demanda. Si yo le cambio el nombre y la práctica sigue siendo la misma, es lo mismo. No se si soy clara en eso.

E: Si, si.

P1: ¿No? Entonces ahí me he encontrado sí con muchos desafíos porque entiendo que el campo de la salud mental está lleno de ideales, ideales de deber ser, ideales de cómo tiene que ser el paciente, ideales de la interdisciplina, entonces eso funciona para Stolkiner y los libros, que a mí me encantaría llegar, y en el campo, realmente uno se... he bueno, que se yo, se juegan muchas cosas, entonces es complejo realmente el laburo interdisciplinario con el otro y que no haya imposición de ideas y que no sea el psiquiatra quien regule algunas operaciones o algunas operaciones clínicas. Me he encontrado con desafíos sobre todo en los criterios de internación. Llega que se yo un paciente, y yo considero que ese paciente tiene que ser evaluado por un equipo en el Hospital Escuela, ser internado, se acompaña el paciente, se llega hasta allá y allá, vuelta para acá. Eso son como los desafíos que yo me he encontrado. Después que eso, insisto en lo mismo, tiene que ver con que la vida institucional a veces nos lleva puesto, no solamente a nosotros sino al Hospital ni hablar. Entonces yo por ahí pretendo que del Hospital llamen para acá y digan: “va camino a Huella un usuario de tales características” y ¡no!, llega el usuario con el papel y nada más. Entonces yo digo ... ahí entro como “pucha esto tendría que ser más...”. Pero la verdad es que yo tengo lindas experiencias trabajando también con el Hospital Escuela, con acá el Belgrano también, que bueno con el Belgrano articulamos muchas situaciones de la Villa 351. Ellos están ahí, están en el medio, entonces se hacen buenos laburos. Este caso que yo te digo de la chica de la Villa 351, bueno ella va a buscar la comida al Belgrano, va al médico al Belgrano, pero bueno tiene un consumo complejo y ahí bueno pedían intervención del Centro Huella. Bueno empezamos a darnos como algunas estrategias y vimos que no llegaba, que no llegaba y no iba a llegar digamos.

E: La intervención... perdón, ¿la pidió el Centro Belgrano?

P1: Claro

E: ¿O la pidió ella?

P1: No, no, no. Es una situación, ella a ver, la usuaria dejó de llegar a su lugar de referencia que era el Belgrano, se articuló con el Hospital Escuela, para hacer una... en ese caso sí se necesitaba una internación urgente para estabilizar y que después desde acá trabajamos en un tratamiento ambulatorio más específico con lo que tenía que ver con el consumo problemático digamos. Pero bueno lo cierto es que ella salió de la internación, bueno me implicó a mí ir a verla al Hospital Escuela, que ella me conozca. Porque decirle bueno “vas a ir a Huella a que te atienda una psicóloga”, va a decir “¿y quién es la psicóloga?”. ¿Sí? yo también entendes, uno también tener como esa, esa sensibilidad a disposición del otro digamos. Yo creo que laburamos en un campo donde hay que permitirse también el laburo con la sensibilidad, que no es mala palabra. Entonces ir, ella me conoció, después fui, le hice una entrevista en el Belgrano y después llegó para acá.

E: Bien...

P1: Y a veces se cae, y no llegan, entonces vuelta otra vez a articular, es un trabajo diario.

E: Si, creo que por lo que venís comentando y también lo que hablaba con X, que la accesibilidad es todo un tema enorme.

P1: Si, si, si, implica moverte. A mí me gusta, yo lo prefiero, yo si me quedo mirando el techo me muero.

E: Y en esta cuestión del trabajo institucional, en las estrategias de accesibilidad ¿han trabajado con otras instituciones que estén más en los territorios como algunos CAPS o se me ocurre Puentes por ejemplo como instituciones que estén en los territorios?

P1: Bueno yo en lo personal, te hablo de mi práctica, no he coordinado con ellos...

E: Aja...

P1: Sé que ellos hacen un laburo que es impecable, ellos están en la calle digamos, ellos laburan en la calle, ellos articulan mucho con el Hospital Escuela. Yo con Red Puentes no he tenido mucho contacto, no sé porque... pero veo que, yo me saco el sombrero por el laburo que hacen, que lo conozco... Me parece que bueno, que en este tipo de problemáticas somos nosotros los que nos tenemos que mover, es el profesional el que se tiene que mover, no esperar a que el otro llegue, porque muchas veces los usuarios no llegan.

E: Mjm, bien... Vos mencionabas que trabajabas también en lo que es la clínica digamos, ¿Que particularidades tiene la clínica con los consumos problemáticos que, bueno, se diferencia, a lo mejor, de la clínica con otras situaciones que no implican los consumos?

P1: Vos sabes que para mí no sé si hay tanta diferencia, no. Y por ahí hago el paralelismo entre, si se quiere entre, los pacientes del privado por decirlo de alguna manera. Yo escucho de la misma manera digamos, escucho, que se yo, si alguien viene con algún padecimiento ligado a una gran angustia, ligado a un duelo, ligado ahí a lo que hoy llaman los trastornos de ansiedad, yo escucho de la misma manera digamos. Por eso cuando muchos colegas dicen “no trabajo con consumo problemático porque no sé”, bueno, es lo mismo digamos. Por supuesto que sí, que hay que tener en cuenta algunas particularidades ¿sí? Si el usuario consumió justo ese día digamos, bueno, como se trabaja eso. Pero si viene y consumió acá muchas veces, se dice que si el paciente está alcoholizado no se puede trabajar. Por supuesto que no, pero yo lo uso clínicamente digamos.

E: ¿A qué te referís con que lo usas clínicamente?

P1: Y bueno, que no lo expulso porque llegó alcoholizado, trabajo con eso, trabajo con eso.

A veces sí, la diferencia o la particularidad es el riesgo digamos, es el riesgo al que el otro se expone con algunos consumos, no con todos los consumos, con algunos consumos. Entonces si yo, ahí veo como una característica si se quiere. Las conductas de riesgo, si consumió y bueno, agarró el auto y chocó, por ejemplo. En algunos casos, no es la mayoría. Generalmente detrás del consumo hay una gran angustia, entonces es eso digamos, con lo que yo trabajo. Es con esa tristeza, es con esa angustia.

E: En el trabajo con las familias, vos por ahí mencionabas que por ahí llegan con familiares o que en la misma entrevista de admisión vienen con un familiar. Bueno, ¿cómo se va articulando, pueden ser familiares o lazos afectivos, de referencia que la persona puede tener, pero es un trabajo ida y vuelta, permanente o de que se trata?

P1: Si, acá en la institución hay dispositivos que trabajan específicamente con las familias. Y yo creo que es un trabajo necesario digamos, donde si yo me aboco al usuario, recorto entre comillas. A ver en la admisión si por supuesto, escucho a los familiares, a los familiares se les ofrece algún tipo de espacio específico para familiares, para parejas y después yo me aboco al usuario y esos dispositivos alojan a la familia. Porque a veces bueno pasa, acá tengo un paciente hace años, que tiene 75 ya y él llega todos los jueves, todos los jueves viene de oro verde, así llueva, truene, relampaguee. Bueno bien, y bueno su consumo, bueno, oscila digamos. Y trabajan con la familia eso, es realmente complejo, porque yo no le puedo decir al familiar que el problema no es el consumo, sino esa gran melancolía, ese gran duelo, ese gran nudo que hay ahí que hay que empezar a desentrañar digamos y que hay que trabajar digamos. No es que uno saca el consumo y lo deja al otro a la intemperie digamos. Entonces ese es un trabajo que yo hago con el paciente, pero bueno, muchas veces la familia me dice “che viene con vos y no deja de consumir”, y sí, no es que el otro deje. Si por supuesto recortar o reducir el riesgo y el daño digamos. Si ese otro, si ese usuario, si ese paciente, como quieras llamarle, deja de consumir, bueno sí por supuesto, buenísimo, mejor digamos. Pero hay otras cosas antes. Nosotros trabajamos desde la lógica de la reducción del riesgo y el daño y con eso entendemos que el consumo es una presentación subjetiva más, es como el bastón de ese otro y si yo le pateo la muleta lo dejo sin nada digamos, entonces bueno, primero hay que hacer un trabajo ahí. No se si soy clara.

E: Si, si.

P1: Esto de no responder a la demanda de que el otro deje si o si de consumir digamos.

E: Que es una demanda, que por lo que situas, viene tal vez más del lado de la familia.

P1: De la familia, si, si, si. Y bueno, desentrañar esto, “y lo hace porque quiere”, “me lo hace a mí”, esta interpretación del familiar, “me lo hace porque me quiere castigar por tal cosa” o “el eligió esto”, bueno si hay una elección no es del todo consciente digamos. Por eso yo trato de a la familia derivar a los dispositivos, porque yo, vuelvo sobre lo mismo, yo laburo con el vínculo que tengo con los pacientes, con el vínculo, con la transferencia, llamalo como quieras. Entonces de repente si viene el familiar y me dice “mira hay que sacarle la tarjeta para que no consuma”, lo primero es que esas estrategias se tejen con el usuario, con el dispositivo, no es que yo tengo la potestad de decir “bueno, vos fulanito no manejas más dinero”, es tratarlo al otro como un objeto digamos. Que bueno... que la familia en pos de que el otro se recupere se hacen esas cosas digamos. Bueno, no maneja más dinero, no maneja más el auto. Bueno el tema de los vehículos es otra cosa. Pero bueno, sí yo hago eso rompo el lazo con el paciente y el paciente no viene más digamos y es lo que yo tengo que evitar digamos. Tratar de que ese usuario siga viniendo, se adhiera al espacio, y para eso necesito que haya otro equipo que trabaje con la familia.

E: ¿Ustedes articulan después con los equipos que trabajan con las familias?

P1: Si, si, si.

E: ¿...como que van teniendo reuniones y demás?

P1: Si, si, si. A ver por supuesto esto que yo te digo, no es que yo le abro la puerta a un familiar. Muchas veces tengo entrevistas digamos, accedo a tener una entrevista por supuesto, pero no, el trabajo clínico con la familia lo hace otro dispositivo.

E: Claro... Bueno, me quedo pensando también en la cuestión de la admisión. X me comentaba que también tienen derivaciones de la justicia, que les llegan, de la justicia, no me sale ahora el nombre... ¿Cómo son esas intervenciones cuando alguien viene derivado de la justicia?

P1: ¿Cuando llegan con un oficio decís vos?

E: Claro, con un oficio.

P1: Y ahí tenes de todo un poco. Para mí la clave es el trabajo caso a caso digamos, porque a veces llegan con un oficio pero ni siquiera, no pudiendo decir nada con respecto a eso digamos. Vos preguntas por la causa y algunos no tienen ni mínima idea digamos, y hay algunos otros que sí, que sé yo, de problemas de violencia familiar, por ejemplo, donde el otro no puede y no quiere decir mucho con respecto a eso. Se trabaja mucho desde el lugar del deseo del otro a hacer algo con lo que le pasa

digamos, pero si el otro no puede responder y no se puede hacer cargo, no se puede responsabilizar, bueno, uno acompaña en algunas entrevistas y esos usuarios suelen caerse. Salvo, digo, se tiene cuidado con esto “vengo porque me mandan”, bueno “¿y entonces? ¿Pero hay algo detrás de eso o solamente te mandan y vos venís?” Entonces bueno eso se despeja también en las entrevistas.

De hecho, ayer llegó un chico que está cumpliendo una condena en el penal, y está hace cuatro años, pero el viene, sostiene y hay otra cosa ahí digamos. Entonces bueno, eso se despeja en las entrevistas. Pero a ver, no dista mucho de un usuario que llega y “vengo porque me mandó mi pareja digamos”.

E: Si, pienso en esta cuestión de que ahí, por ejemplo, se entran a chocar la cuestión de la Ley y lo que el juez como directiva impone como: “tenes que hacer un tratamiento porque si no...” y que pasa ahí incluso con el consentimiento del propio paciente; que la Ley de Salud Mental plantea otra cuestión, entonces pensaba como se pone en juego el consentimiento, por ejemplo, del paciente.

P1: Claro, claro. Si, para mí lo interesante es, vuelvo sobre lo mismo, pensar en la particularidad del caso digamos, ¿sí? porque a veces digo “yo pienso en el deseo de este otro, de hacer algo con lo que le pasa” y a veces el otro no está en posición de hacer nada con eso, pero a la vez hay algo... Mira paso con un usuario hace años, derivado también de la justicia, un caso muy complejo de violencia familiar, de violencia hacia la mujer. Bueno yo ahí también tengo que, porque por supuesto se nos juega lo personal, entonces ahí hay que ver como... bueno ese es un gran laburo. Porque en realidad uno no puede separar digamos, yo no puedo separar la P1, de la P1 psicóloga digamos. Por ahí llega alguno y se me retuerce todo digamos, yo tengo que ver que hago con eso. Y bueno pasaba con este caso que él no... venía obligado digamos. Entonces vos decís bueno de algún modo tiene que pagar digamos, por decirlo de alguna manera. Entonces si vas a venir y no vas a decir nada, bueno listo vení y no digas nada. En algún momento algo podrá decir, o no. Pero bueno no con todos los casos, con ese caso en particular. No sé si soy...

E: Si, si, entiendo.

P1: Con ese caso en particular bueno listo que venga, viene obligado, bueno sí que venga obligado, que venga obligado, que tenga que llegar hasta acá, que pueda sostener algo de la pregunta, que pueda sostener algo de esa no respuesta. De alguna manera, introducir algo, algo de la Ley, algo. En otros casos no, por eso te digo, es en el caso a caso, es en la particularidad de ese caso.

E: Bueno, y por último, te preguntaría tal vez como una pregunta más personal, ¿qué desafíos pensas que tienen actualmente de la salud mental respecto al consumo problemático?

P1: Que desafíos... repetime la pregunta.

E: ¿Que desafíos consideras que tenes vos o que tienen en general los profesionales de la salud mental dentro del campo de los consumos problemáticos en particular?

P1: Claro, volvemos sobre la particularidad. Y el desafío es el desafío diario, es poder sostener, es por ahí también entender que el otro llega como puede, que el otro llega y ... porque a ver esto que yo te digo de sostener y que el otro pueda sostener una pregunta, que pueda sostener un tratamiento... a veces pasa o a mí me pasa en lo personal, que hay conductas riesgosas, que el paciente está en riesgo, el usuario está en riesgo, que a la vez no puede dejar de consumir, que no puede hacer otra cosa, bueno el deseo es permanecer ahí... el deseo mira, chico lapsus (risas), usalo si quieres. El desafío es poderse sostener ahí digamos, cuando el otro llega ahí después de dos años y vos venís escuchando y escuchando, que se puso el auto de sombrero y que se calló y se quebró un pie, y que le robaron y se metió en el barro y no sé qué cosa, y uno escucha y vos decís “bueno dale, movete, movete de ahí”, el desafío es permanecer. Esta es mi voz interna, esta que me dice, que quiere decirle al otro que salga corriendo de ahí digamos. En bueno, es permanecer ahí, es desafío es poder permanecer ahí y seguir sosteniendo y acompañando a ese usuario.

E: Bien, bueno, te agradezco en principio por tu tiempo, como para no extendernos demasiado. Me pareció re interesante la experiencia para mí también, porque siento que estoy aprendiendo a hacer entrevistas y es como todo un desafío permanecer atenta a lo que el otro va contando para ir preguntando y demás, así que bueno te agradezco. Me pareció que se pudieron tocar un montón de puntos que yo iba rastreando en lo que es mi situación problemática del TIF que por ahí tiene que ver con las concepciones que por ahí yo lo tomo como un concepto re grande, después hay particularidades que tiene que ver con esto que vos mencionabas: de que se trata la accesibilidad, como son los lazos interinstitucionales, y dentro de la institución y como ahí también se pone a jugar la perspectiva de la institución y del profesional en particular. Que son como un montón de dimensiones que se articulan y que tiene que ver con el laburo que cada institución va haciendo pero que también cada profesional va haciendo y cómo va pensando su clínica y que la clínica no queda limitada, en estás problemáticas, a las paredes del consultorio. Así que bueno me pareció re interesante porque fuimos tocando todos esos puntos, así que bueno no sé si quieres comentarme algo, hacerme alguna pregunta...

P1: Esta bueno... No, ¿entrevistaste a algún, a más profesionales aparte de X o yo soy la primera?

E: Vos sos la primera, estoy como recién arrancando... (risas)

Entrevista Profesional de la Psicología 2 (P2)

Entrevistadora: -Bueno no se si quieres comentarme hace cuánto que trabajas en la institución, de qué actividades participas...

P2: -Bueno mi nombre es XX, son Licenciada en Psicología, también soy Técnica en Acompañamiento Terapéutico y soy Especialista en Salud Mental recibida de la residencia de la provincia. Yo trabajo en la institución hace 6 años aproximadamente, ingresé luego de haberme recibido de la residencia acá. No había rotado antes por acá. Cuando me incluí estuve en varios dispositivos y actualmente estoy en el Espacio de Recepción de Demanda o Espacio de Admisión a la institución de los pacientes, en el espacio de Terapia Individual o de Psicoterapia o espacio de Psicología, se le llama de diferentes maneras y estoy en el Grupo de mujeres, que es un espacio grupal exclusivo para mujeres y estoy en el CODEI que es el Consejo de Docencia e Investigación de la institución que regula el ingreso de practicantes, residentes, alumnos y demás.

E: Respecto de este espacio de mujeres, que por ahí de las personas que entrevisté sos la primera que participa del espacio, me interesa conocer un poco de qué se trata, como está organizado...

P2: Bien, el grupo de mujeres empezó en el año 2019, somos 3 coordinadoras actualmente: yo, la otra psicóloga y una terapeuta ocupacional. Comenzó teniendo como el objetivo de darle lugar a la mujer dentro de los tratamientos de consumo porque la mujer ya de por sí tiene una cuestión más estigmatizante - esto que te estoy hablando no lo invento yo - y sobre todo ahora que pensamos los tratamientos desde una perspectiva de género. Tiene esta cosa más estigmatizante, sobre todo cuando son madres y consumen, y son mujeres entonces se las estigmatiza mucho más que a un hombre que consume. Históricamente ha habido grupos, espacios grupales o terapéuticos pero las mujeres no llegan. De hecho en la institución, hay una diferencia también entre las mujeres que sostenían tratamientos previo al grupo y después. Bueno hoy las mujeres que sostienen tratamiento hay quizás hay otra apertura para que la mujer se sienta que puede sostener un tratamiento, que puede estar en la institución, que puede sentirse bienvenida; generar otra accesibilidad a la mujer que tiene una problemática de consumo. Acá inclusive en la sala de espera había antes -ahora ya no está más- pero había antes un baúl con juguetes, para que las mujeres que venían acompañadas de sus hijos, no digo que no vengan hombres acompañados de sus hijos - pero, las que quedan ahí a cargo de sus hijos, que quizás no pueden venir, porque no tienen con quien dejarlos y demás, suelen ser las mujeres. Entonces había un baúl con juguetes y cosas para que los chicos tengan ahí para entretenerse mientras el papá o la mamá podía lograr llegar a una consulta.

Y bueno actualmente el grupo de mujeres, tiene la característica o nosotras tratamos desde la coordinación de explotar las habilidades que tienen las mujeres. Nosotras creemos que todas las mujeres son habilidosas. Hay una que por ejemplo es peluquera, la otra hace pizzas y cosas con masa, la otra es

maquilladora, la otra sabe de plantas, la otra hace las uñas. Todas las mujeres que ingresan, todas absolutamente todas - porque han pasado mujeres que ya no vienen o venían o tienen intermitencias y después vuelven - todas las mujeres tienen alguna habilidad. Y nuestra idea siempre es explotarlas. Entonces, el año pasado inclusive, hicimos una feria, donde cada una de ellas trajo a la institución ese producto que tiene que ver con esa habilidad y emprendimientos e hicimos un despliegue acá en la institución, el día miércoles que es el día que están todos los profesionales dando vuelta, entonces las chicas pudieron vender sus cosas y demás. El común denominador de lo grupal hoy, aparte del encuentro, es explotar ese emprendimiento que tengan. No sé, un día nos pusimos a hacer pizza, otro día una de las chicas vino a hacer una clase de maquillaje, nosotras tratamos de dar ese espacio. Hay una chica que estudia arte, entonces trajo la propuesta de hacer un mural con esténcil en la institución, y bueno también, nosotras todo lo que proponen ellas lo tomamos. Pero bueno tienen la característica de que en este momento están siendo inconstantes como característica de lo grupal pero bueno básicamente ese es el grupo de mujeres que hoy está en la institución...

E: -Se me ocurre preguntarte ¿cómo crees que clínicamente se juega en esta cuestión de las habilidades y lo que se pone en juego tanto grupalmente como con cada una de ellas en lo singular?

P2: -Ya de por sí, valorar esa habilidad o ese hacer que tiene cada una es terapéutico y pensar en explotar eso a nosotras se nos representa en poder darle lugar a otra cosa que ordene la rutina y que las defina, por fuera del consumo. No soy la mujer que consume cocaína, no soy la mujer que va a timbear todas las siestas, no soy la mujer que se chupa tres cervezas por día, soy la que sabe hacer esto, soy la peluquera, soy la que hace las uñas, soy la que puede enseñar a maquillar a otras mujeres. Que las defina otra cosa, que las nombre otra cosa y no necesariamente que son mujeres que consumen y por eso son malas madres...

E: -Podríamos decir, encontrar otras vías de satisfacción que no tengan que ver con el consumo...

P2: -Exactamente.

E: -Respecto de este espacio de admisión del que participas, me decían tus compañeras que está compuesto, por lo general, por al menos dos profesionales... ¿Qué características o que particularidades tiene la población que llega habitualmente al equipo de la institución?

P2: -Y particularidades... bueno obviamente, que están atravesando una problemática de consumo. Muchas veces está el deseo de poder generar un cambio en esta cosa compulsiva de consumir porque esto se ha vuelto un problema en diferentes esferas: pareja, la familia, el trabajo... y otras veces aparece la particularidad de que no hay una demanda del paciente sino una demanda del entorno: de la familia, de la pareja, de los hijos. Entonces ahí se vuelve primero un trabajo más extenso, porque tenes que

trabajar con todo ese contexto y un trabajo más difícil con el paciente, porque el paciente que ya viene con la decisión tomada de empezar un tratamiento, bueno está mucho más claro ahí por donde podemos ir, pero cuando vienen porque está obligado por la justicia o por la familia, te dicen que sí, pero eso después cae muy fácilmente. Yo creo que esa es una de las dificultades que estamos viendo en las admisiones que vienen con eso de que sí pero no, o sea sí quiero, pero en realidad me están empujando de acá, de allá. La dificultad de eso no es que empiece obligado un tratamiento sino en qué momento aparece el sujeto ahí, lo que le pasa, su sufrimiento, su malestar, en qué momento pone algo de sí en el tratamiento.

E: -Y ¿hubo ocasiones donde se ha generado posibilidades de encontrar algo del orden del deseo para que no quede en una mera obligación o como han sido las estrategias que se han dado en ese sentido?

P2: -Claro vos decís si en algún momento, un paciente empieza obligado, pero si en algún momento... Sí, puede pasar.

E: ¿O cómo se construye eso?

P2: Si, siempre, aunque... a ver, viene un paciente por la justicia. Yo sé que vino obligado, pero no puedo decirle “acá no vengas”, no puedo no escucharlo porque probablemente atrás hay un padecimiento. El punto es que en algún momento el paciente quiera poner en juego ese saber, ese padecimiento, esa angustia, esas marcas en su historia, en algún momento puede decidir hacerlo o puede decidir que no y dejar de venir, o empezar a faltar... son los modos en que el paciente no está quizás dispuesto, o no es el momento, o no quiere. Esos pacientes quizás después vuelven al tiempo... es el caso por caso también.

E: -Bien. Te iba a preguntar en estás...bueno en la intervención con la justicia que muchas veces están las medidas de seguridad y que también tienen plazos, ¿cómo se manejan en esas intervenciones con los jueces o que desafío o que tensiones encontras ahí?

P2: -Y... a ver, una cosa es lo que el juez quiere y otra cosa es lo que el paciente quiere básicamente. Y otra cosa es lo que el juez tiene que hacer para encauzar una determinada persona y otra cosa es lo que podemos hacer acá. Es como que son discursos distintos, el discurso legal y el discurso nuestro de la salud mental o como nosotros pensamos al sujeto desde la salud mental. Estoy pensando en que, por ejemplo, ayer, trato de usar un caso específico como para no hablar generalizando tanto... Ayer concurre un paciente que viene obligado por la justicia para justamente reducir la pena que tiene de 4 años en la cárcel. Él ya está preso, ya está condenado, está cumpliendo la cárcel efectiva, lleva un año y medio. Entonces si él hace un tratamiento por consumo problemático, o sea viene acá, esa condena se reduciría probablemente. Entonces él está eligiendo... pero no es un deseo que viene de él, tiene que ver con

acotar la condena de prisión efectiva. Entonces ahí a nosotros se nos arma la pregunta: “¿Y qué hacemos con este paciente? ¿Le podemos ofrecer un espacio de escucha?”. Sí, pero bueno...sabemos que detrás tiene que ver con otra cosa y entonces nunca coincide el discurso jurídico o aquello que el juez obliga o indica o sugiere a un paciente que tiene que hacer y lo que nosotros podemos evaluar desde acá.

Suelen venir por ejemplo muchos pacientes que tienen restricción de sus parejas, de sus hijos y el juez los obliga a hacer un tratamiento por consumo. Muchas veces el consumo no es el problema ahí. Digo, el paciente llega acá porque es una institución que se especializa en consumo, pero es un paciente que es violento, que tiene impulsividad, que tiene quizás un montón de otras características y el consumo no es el problema, hay otras cosas ahí. Y bueno obviamente que acá se le da el espacio, pero suelen ser esos pacientes que después no vuelven.

E: ¿Ha pasado que tenían una medida de seguridad, cumplieron con el tratamiento y esa medida de seguridad por decisión del equipo cesó?

P2: A ver, nunca el equipo decide. Las medidas de seguridad las pone el juez y las saca el juez.

E: Claro, te lo pregunto porque lo que la ley de estupefaciente establece es que según lo que evalúa el equipo, el juez toma la decisión, en última instancia, la última palabra la tendría el juez.

P2: -La tiene el juez. Y muchas veces cuando vos haces un informe, porque el juez te pide, por ejemplo, si el paciente está haciendo tratamiento, cuales son, como ha avanzado o no ha avanzado y bueno vos después haces el informe que vos crees. Vos en el informe podés poner: “el paciente ha estado concurriendo de manera intermitente a la institución” y vos ya informaste. Y no tengo que decir, se ve que está comprometido, se ve que podría volver con sus hijos. O sea, no es algo que evalúas vos desde...o al menos, me hago cargo, yo trato de ser muy cuidadosa en las cosas que pongo en un informe, sabiendo que después la medida, la deja o la sostiene el juez basado capaz que en otras cosas. Es muy poco basarse en eso, y más teniendo en cuenta que esos pacientes que vienen con esas características con medidas suelen ser los que después no siguen concurriendo, no sostienen un tratamiento. ¡Ojo!, hablamos de hombres, pero estoy pensando en mujeres. Hay una de las chicas del grupo de mujeres que también, el COPNAF la insta a que haga ella y su pareja, hagan tratamiento de consumo de sustancia o tratamiento en una institución por consumo problemático. Em, pero bueno me parece que uno tiene que ser muy cuidadoso con cuánto vos decís en los informes. Muchas veces yo creo que mientras menos detalles des o sostengas ahí... Salvo que sea imperioso que vos des cierta información, como para que de tu informe dependa que la medida curativa se extienda o no.

E: -Vengo escuchando y por ahí me resuena, a que hay cierta relación que hacen entre: que siempre - bueno no se sí siempre, pero quiero como que me lo confirmes o no - los hombres parecería que llegan a la admisión más ligados a situaciones de violencia, en muchas ocasiones y las mujeres, a lo mejor por

otras tramas de la vida. Digo, ¿aparece como esa relación entre la cuestión de la masculinidad y alguna situación, por ejemplo, de homicidio, de violencia y demás?

P2: -Sí, llegan muchos pacientes acá por cuestiones... ¡No, y mujeres también! no se si confirma, habría que hacer en todo caso una encuesta, y ver qué porcentaje. Lo que yo sí puedo confirmarte es que desde que yo empecé acá hay más mujeres concurriendo y sosteniendo tratamiento. Después no podría confirmar eso, que los varones vienen más por violencia y las mujeres... hay mujeres que han venido por situaciones de violencia acá. Sí, llegan muchos pacientes con restricciones o medidas restrictivas respecto a los hijos, pero algunas mujeres también han llegado.

E: -Bien, no es una generalidad digamos...

P2: -No, no se si sería una generalidad. Sí, es verdad que vienen un montón de hombres por eso... Em, por no control de impulsos si, por cuestiones delictivas, sí, pero las mujeres también. Sí, no se si podría ser a confirmar eso.

E: -Bien... ¿Participas de las reuniones de equipo?

P2: -Sí, todos los miércoles...

E: ¿Querés contarme de qué se tratan?

P2: -Nos reunimos todos los miércoles, deberían venir todos los profesionales de la institución, es obligatoria, yo vengo todos los miércoles. Arrancan entre las 9 y las 9.30 y en realidad tiene que ver con exponer que situaciones han tenido complejidad o están resultando complejas para los equipos y que situaciones de las admisiones se necesita cubrir el espacio de psicología, de psiquiatría o muchas veces llega una paciente a la admisión y no sabes muy bien para que lado agarrar entonces lo traes a la reunión de equipo para poder pensarlo con todo el equipo, “¿qué podemos hacer?, ¿cómo pensamos esta situación?, ¿qué podemos ofrecerle al paciente?”.

E: -Los criterios para armar los equipos interdisciplinarios en relación a ese usuario en particular, ¿cuáles son?

P2: -Yo diría más que criterios para armar el equipo, los criterios son a que espacio vos lo podes... cuando viene un paciente, más que con quien es a qué espacio, que espacio vos crees que puede ayudar a ese paciente. Si necesita un espacio de psicología, uno de psiquiatría, un espacio grupal, un espacio de taller... Ahora hay un taller que se llama cultivando salud, que seguramente capaz X te los mencionó porque ella es una de las coordinadoras. Em, sí ese sería un posible espacio para el paciente. De hecho,

vos podés pensar la estrategia de intervención o podés armar como una estrategia de tratamiento pero después tenes que ir hablar con quienes sostienen esos espacios: “Che, ¿te parece que puede ingresar al grupo de mujeres?” “Che, ¿te parece que puede que puede ingresar al cultivando salud”, “Che, ¿te parece sí podes ingresar este paciente al espacio de grupo?”. La reunión de equipo también sirve para regular eso.

E: Bien...

P2: Generalmente los pacientes no es que los ponemos allá en la turnera y... Hablamos con los profesionales y decimos “che, tenes espacio para recibirlo, tenes un lugar para este usuario” y así...

E: -Bien... ¿Han trabajado o articulado con alguna comunidad terapéutica?

P2: -Si, si, si ... de hecho, bueno cuando yo ingrese a la institución era más o menos mala palabra “comunidad terapéutica” o no sé, por decirte “A.A.”: “alcohólicos anónimos”, “J.A.” que es “jugadores anónimos”, “N.A.” que es “narcóticos anónimos”. Vos decís: “fo, eso no es salud, eso no es científico”. Al menos ese era mi pensamiento. Comunidades terapéuticas y vos decís ¡qué horror! o las granjas o los lugares que trabajan con la cuestión religiosa, vos decís “pavadas”, ¿entendes? “No, el tratamiento es esto: es un psicólogo, es un psiquiatra, un equipo terapéutico de profesionales”.

Hete aquí, que seis años después, yo me doy cuenta que no es tan así, que muchas veces las internaciones en comunidades terapéuticas para algunos pacientes funcionan, para otros no, pero para algunos sí. Para algunos pacientes funciona ir a Casa Lázaro, que trabajan curas y es religioso, para algunos pacientes funciona ir a J.A. Tengo pacientes inclusive que son jugadoras, vienen conmigo al espacio de terapia, también van a J.A. y tienen su grupo. O sea, todo lo que jugadores anónimos, narcóticos anónimos y alcohólicos anónimos, capaz que vos no sabías, funcionan solo con pacientes, no hay profesionales a la cabeza digamos, son todos pacientes, algunos recuperados, que sostienen esos espacios, tienen ciertos lineamientos estrictos y estructurados, de cómo se sigue el camino, pero hay muchos pacientes que eso les funciona.

E: -Pero, ¿quién ordena, digamos, las normas podríamos decir?

P2: -Y... hay jerarquías, primero que las normas están escritas, hay como diez pasos a seguir, y después hay jerarquías, es una sociedad que tiene sede en buenos aires, después tienen sedes en cada provincia, acá hay un N.A. un J.A. y un A.A., eso ha sido el sostén de muchos pacientes, eso es lo que he visto yo en la experiencia que tengo trabajando en problemáticas en consumo. Entonces yo revertí la mirada sobre eso, obviamente que hay cosas que uno las ve nefastas, que vos decís “¿cómo?”, pero hay algunos pacientes que ciertos lugares les funciona. No estoy hablando de... Bueno, hay lugares específicos que son innombrables pero este tipo de lugares o alguna comunidad terapéutica específica muchas veces ha

funcionado y muchas veces hasta para nosotros es un recurso donde hemos agotado un montón de instancias, hemos mandado a la guardia un montón de veces, hemos intentado tratamiento ambulatorio y vos decís “bueno y una comunidad terapéutica, ¿porque no?”. Muchas veces vos probas todo... Y acá tenemos la posibilidad, hasta ahora, no se ahora con el cambio de gobierno porque son planes nacionales, SEDRONAR que es una entidad nacional - no sé si conoces - otorga a pacientes que no tienen obra social, la beca para las comunidades terapéuticas, que son todas privadas, todas pagas. Obviamente que los pacientes no pueden pagar esos montos, más cuando ni obra social tienen, entonces lo que hace SEDRONAR es generar una beca de internación para esos pacientes. Eso se genera desde acá, desde los equipos. Vos haces un informe, haces toda la gestión y después el paciente puede internarse donde elige SEDRONAR que hay lugar. Siempre SEDRONAR trata que sea cerca del domicilio o dentro de la provincia. No te vamos a mandar no sé, a Tierra del Fuego, trata de encontrarte lugar... Pero bueno en eso sigue siendo un caso a caso.

E: Cuando vos decís que “les funciona”, ¿a qué te referís? ¿Qué implicancias subjetivas tiene el tránsito...?

P2: -Muchas veces genera una regulación, genera un corte en la compulsión por ejemplo... no quiero llegar a decir “genera la abstinencia” porque tampoco el objetivo de los tratamientos es la abstinencia. Pero muchas veces necesitas que ese consumo este regulado porque si no atenta contra la vida. Concretamente, un paciente que no deja de tomar merca se puede morir, es así. Por más de que yo “reducción de daños y todo”, pero bueno tiene que ver con que haya una regulación. Y muchas veces una internación en el Hospital Escuela es un corte. Yo sé que según la ley la internación tiene que ser el último recurso, lo más breve posible, pero bueno muchas veces la internación es necesaria, es necesario un corte en esa cosa compulsiva en que el paciente viene y no puede solo. Y muchas veces el tratamiento ambulatorio no alcanza, que venga acá dos veces a la semana no alcanza, cuando de acá vuelve al mismo contexto social y familiar del que salió antes de venir acá. Entonces, muchas veces, eso genera poder mover al paciente de ese contexto en el que está y tener un corte en ese sentido también. Muchas veces hay que cortar con otras cosas y no solo con el consumo.

E: Vos me hablabas del trabajo con el Hospital Escuela y con otras instituciones, ¿cuál consideras que son los desafío que quedan en el trabajo interinstitucional?

P2: ¡Uy, varios! Primero, que sea más aceptada la comunicación. Em, sí, muchas veces de acá se ve un paciente y observas y evaluas que hay un criterio de internación porque puede haber riesgo y cuando lo mandas con las indicaciones al Hospital la guardia no lo interna. Y muchas veces ha sucedido. Otras veces se ha logrado coordinar, se llama a la guardia: “Che mira te estoy mandando un paciente, ta ta ta, ta ta ta...” cuando llega el paciente a la guardia y vos ya generaste una coordinación previa, eso es fundamental, generar una coordinación previa a que el paciente llegue hasta la guardia, es fundamental

porque va con un equipo detrás que ya lo evaluó, que ya observó algo o que viene observando algo hace un tiempo. No es lo mismo que un paciente caiga a la guardia y que el médico o el equipo de guardia que está lo vea y lo evalúe sin esa información. Muchas veces esa información suma y ayuda y otras veces a la persona le importa un rábano.

E: -O sea, cuando ustedes hacen esa articulación, el equipo de -por ejemplo- del Hospital Escuela ¿tiene la obligación de volver a evaluar?

P2: -No tienen la... el equipo es el que evalúa, el equipo de guardia es el que evalúa y el que decide, nosotros lo que le mandamos es la sugerencia, las indicaciones y demás, pero el que termina decidiendo es el equipo. Muchas veces esa coordinación previa, generada entre nosotros y el equipo que está de guardia hace que se pueda aceptar eso, que el paciente llega, se lo escucha obviamente. El equipo de guardia no es que llega y lo interna, lo tiene que escuchar y evaluar, porque es la firma de ellos la que va a quedar en la historia clínica, que es el marco legal de ellos. Y nosotros ponemos en nuestra historia clínica. Pero el paciente va a caer allá, entonces claramente ellos tienen que escucharlo, evaluarlo y decidir si se lo interna o no y si no lo internan, argumentar ellos. La firma que queda es la de ellos ahí.

E: Claro... ¿me mencionaste creo, no recuerdo... que habías participado de alguna actividad de promoción y prevención aparte del espacio de mujeres?

P2: No... desde el Centro Huella no.

E: ¿No?, porque están los otros programas, el Enterate y demás, pero no recordaba si me lo dijiste vos o las otras chicas.

P2: No, no... El Enterate, XX estuvo en el Enterate un tiempo, está en algunos encuentros creo. No, pero no estoy en el Enterate ni en el...

E: Bueno, la última pregunta que te haría como para cerrar, tal vez más personal. ¿Qué desafíos pensas que quedan o que les quedan a los profesionales de la salud mental dentro del campo de los consumos problemáticos en particular, o tal vez a ustedes dentro de la institución?

P2: -Dentro de la institución, te diría poder generar más trabajo en equipo, escucharnos más. O sea, vos acá sabes que hay algunos compañeros con los que podés trabajar muy bien y ser equipo. Ser equipo es que estemos los dos con la situación en la espalda, no que solo este en la mía y vos de reojo metes el codo, que estemos los dos a la par. Y hay compañeros con los que realmente vos te sentís así y hay compañeros con los que vos te sentís mucho más solo en las situaciones. Entonces yo diría, trabajar en eso. El tema es que es algo tan difícil este ideal de la interdisciplina... que aparte en las instituciones los

paradigmas conviven. Yo pienso la situación desde este lugar y vos la pensas de allá y bueno ¿dónde nos encontramos? porque en algún punto nos tenemos que encontrar para poder darle una mano a ese paciente que viene acá a pedir ayuda, porque ese es el fin último, ayudar al paciente. No es ni ver quién tiene razón de nuestros paradigmas.

Y después a nivel más macro, respecto al campo de la salud mental, en atravesamientos con los consumos problemáticos es justamente que los consumos problemáticos, pasen a ser, como lo dice la ley, una problemática más como tantas de la salud mental. Yo considero que el consumo es una presentación subjetiva, ni es una enfermedad, ni es un síntoma, es una presentación subjetiva como tantas otras, donde el paciente tiene un vínculo con un objeto específico como podría ser otro, ¿sí? entonces que eso pase a ser entre los colegas y en el campo de la salud mental, como una problemática más. Porque, ¿qué sucede? el colega cree que el consumo de sustancias es un monstruo detrás de un armario, “que yo con eso no puedo trabajar, que yo con eso no estoy formado, que yo para eso no sé cómo...”. El paciente viene acá a hablar de sí mismo, o al menos eso hay que lograr, correr la sustancia y ver qué hay detrás, ¿no? La sustancia es la punta de iceberg, es poder descifrar y entrar en aquello otro que está generando ese sufrimiento, ese malestar.

E: -Bueno P2, te agradezco.

P2: -No, por favor...

Entrevista Profesional de la Psicología 3 (P3)

Entrevistadora: -Bueno, no sé si quieres comentarme hace cuánto que trabajas en la institución, cuál es tu profesión, de qué actividades participas.

P3: -Mjm, bueno yo trabajo desde 2012. Julio 2012 yo me recibo y empiezo a hacer una adscripción ad honorem en la institución hasta la actualidad soy adscripta. O sea que 10 años. Pará que estoy calculando... Y después en 2019 arranco con cierta estabilidad por un cargo que se jubiló, antes hacía suplencias comunes.

Soy Licenciada en Psicología, me desempeño todos los días en un dispositivo diferente. Los lunes estoy haciendo terapia individual, psicoterapia individual, los lunes sí, hago eso, a veces cubro algún compañero cuando el grupo de varones está... alguno de los compañeros no está. Los martes también hago psicoterapia individual, turnos particulares. Los miércoles trabajo en la reunión de equipo. Los jueves estoy en, coordino el grupo de mujeres junto con X1 y X2 y los viernes hago recepción de demanda, también atendemos 3 turnos de usuarios de recepción de demanda que en algunas ocasiones son entrevistas previas para el ingreso al grupo de mujeres, también vamos mechando las recepciones de demanda con las entrevistas previas al grupo. Em, a veces hago orientaciones espontáneas también que suceden en la institución, a veces hacemos, hago atenciones telefónicas de algunas chicas del grupo de mujeres, espacios de escucha digamos por diferentes formas. A veces bueno hay reuniones con equipo de otras instituciones, se hace lo que tiene que ver con la articulación interinstitucional. Em, ¿qué otra pregunta era?

E: -No, em... me mencionaste un grupo de varones, no me lo habían mencionado. ¿De qué se trata este dispositivo?

P3: Aja, un grupo terapéutico de varones.

E: ¿Es grupal digamos?

P3: Si, un grupo terapéutico de varones que funciona todos los lunes de 14 a 15, 15.30 aproximadamente, coordinado por dos compañeros, X3 y X4. Ahora X4 está de licencia, no recuerdo quien lo está acompañando ahora a X3, los dos psicólogos. Y tiene solo varones. El grupo de mujeres, lo coordinamos 3 mujeres, dos psicólogas y una terapeuta ocupacional y vienen solo mujeres. Em, sí, y después hay un dispositivo que funciona como un taller los martes, que... bueno X5 seguramente te comentó, ella es una de las coordinadoras de ese grupo, que es un taller.

E: Si, me mencionó que se llamaba...

P3: Cultivando Salud, si... es otro grupo, pero con otra dinámica particular que tiene que ver más con un taller. He, no estrictamente, no es solo la escucha típica de lo verbal, sino que tiene que ver con el hacer e ir intercalando la estrategia terapéutica con diferentes intereses que traigan los usuarios. De esa forma también trabajamos en el grupo de mujeres, que tiene una dinámica particular que muchas veces es grupo terapéutico tradicional y a veces muta a taller porque tomamos las iniciativas que traen las chicas y a veces hacemos una actividad particular digamos, nos centramos en una tarea, hacemos una salida a tomar el té a Live Rock, a veces hacemos una salida a la plaza, siempre... a veces, tratamos que siempre se conserve el objetivo del grupo pero cambiamos el encuadre digamos... depende la tarea que ellas tengan, entonces el grupo también, las esperamos con un desayuno, tratamos de que la dinámica sea diferente...

E: Bien...

P3: El grupo de varones tiene más... es un grupo más tradicional digamos, de espacio de escucha e intercambio de experiencia entre los usuarios y con la coordinación e intervención de los coordinadores, los dos psicólogos o en algunos casos yo he acompañado ese grupo y bueno, ahí una figura femenina de vez en cuando está buena también...

E: Buenísimo... te iba a preguntar, me mencionabas lo de la recepción de demanda. En estas demandas, ¿con que población se encuentran o que particularidades tienen las personas que llegan a la institución, además de que tienen un consumo diverso... sí podés ubicar como alguna particularidad o una caracterización digamos...

P3: No, a ver... La particularidad de los usuarios siempre tiene que ver con algún consumo, ya sea problemático para el usuario en cuestión que consulta o que sea problemático para el familiar o el referente que consulta, ¿sí? a alguien le genera un problema el consumo. En muchas ocasiones no es justamente el que debiera ser el protagonista, no es el que demanda el tratamiento, el usuario en cuestión sino un familiar, o la justicia, o un amigo, o la pareja. Em, un jefe. Los mandan a veces los jefes: "hasta que no hagas tratamiento no podés volver". Entonces en esas ocasiones piden certificación para probar su asistencia acá y justificar un tratamiento. Em, otra particularidad que tengan los usuarios de acá... no, son, lo que tiene que ver con por ahí la clase social, son de clase media baja, laburantes, la mayoría tienen alguna changa, muy difícilmente llegue alguien en situación de calle sí no es traído por alguien. Trabajo informal digamos, no en blanco. Nosotros atendemos entre los 18, a partir de los 18, adultos digamos. ¿Qué otra particularidad? hay muchas, me parece que es muy diversa la demanda, porque en muchas ocasiones vienen no consultando por el consumo puntualmente sino por alguna situación angustiante entonces esa angustia justamente y en buena hora, sale en la consulta para poder engancharlo digamos cuando no hay una demanda puntual por el consumo, sí puede haber una demanda que se construye entre el profesional y el usuario, para que empiece tratamiento y empiece a trabajar como

consecuencia su consumo, pero en realidad la situación angustiante, afectiva, puede ser la excusa para trabajar esto otro.

E: Y en los casos donde no aparece una demanda puntual del usuario, sino, por ejemplo, un familiar, ¿cómo trabajan para tratar de articular, supongo ahí, con el lazo de referencia que demanda en realidad? o sea, ¿cómo se genera el enganche con el usuario después?

P3: A veces, se genera. En realidad, la recepción de demanda, por un acuerdo institucional, tiene que ser en una entrevista o dos. A veces, en una primera entrevista no es suficiente y creemos que es posible que haya alguna demanda, que se construya la demanda entonces damos una segunda entrevista. Cuando vemos que no es posible porque te reconocen “vengo porque me mandan, porque me dijo el juzgado, porque me dijo mi mamá o vengo, pero no quiero trabajar nada”, bueno muy bien, le explicamos cuáles son las características institucionales y lo orientamos con respecto a que esto es un tratamiento que es ambulatorio, que es voluntario y que cuando él se decida por comenzar un tratamiento con las características que le comentamos en la institución, puede volver. Lo cerramos.

Cuando se puede vislumbrar una posible construcción de algo diferente, le damos otra entrevista y seguimos trabajando a ver si con los emergentes que surgieron en la primera entrevista, pudo trabajar y pensar algo que haga que surja el deseo de empezar a trabajar algo de lo que le pasa, que le está interrumpiendo y que le está generando obstáculos en su vida a nivel familiar, laboral, de pareja, con amigos, social. Entonces en esa segunda entrevista, muchas veces logramos que desee, por lo menos se comprometa a empezar a trabajar algo. En muchos casos no. Y cuando viene la familia y hacemos orientaciones, que consultan por alguien, le explicamos a la familia que esto es un tratamiento que hay un usuario que es mayor de edad, que es voluntario, y que no se puede obligar a nadie digamos. Le explicamos cuestiones referentes a las leyes y lo que implica un tratamiento en un centro de salud, con ciertos turnos, que no implica la internación, que no implica nada que vaya en contra que el usuario quiera y lo que las leyes nos obligan a hacer. Entonces si los sugerimos y los orientamos con respecto a las líneas telefónicas de urgencia en salud mental, a las guardias que hay en los hospitales ya sea el Hospital Escuela de Salud Mental o el Hospital San Martín. Ciertas cuestiones que son pautas para que los familiares puedan seguir en el caso de que esté en riesgo esa persona. Lo mismo que si tienen que hacer una denuncia en la policía también lo hagan, ¿no?...

E: Claro...

P3: Si tienen que salvaguardar su situación personal, ¿no? este familiar, esta pareja, estos hijos. O en el caso del COPNAF si hay menores de edad.

E: Bien... Em, me mencionas, la escucha espontánea, ¿cómo se llama ese espacio?

P3: Si, orientaciones espontáneas...

E: Orientaciones espontáneas, ¿de qué se trata?

P3: Es cuando una persona quiere consultar, muchas veces cuando están bajo una situación de angustia importante que están como muy ansiosos y ya están teniendo síntomas más físicos y pidieron, por ejemplo, un turno y pasan a lista de espera porque a veces no se le puede dar, otorgan un turno de manera inmediata, se presentan antes o se presentan porque los referenciaron con Huella. Entonces piden hablar con algún profesional y cuando hay un profesional libre, se los escucha. Se los escucha, se los orienta y de ahí se les da un turno, si lo hay, cuando vemos que es una situación que requiere prioridad por la situación particular, se le da un turno, un sobre turno en muchos casos y si no se articula en ese momento cuando es una situación, una urgencia vamos a decir, se articula con los hospitales para que o lo lleven o él tenga un turno específicamente en un lugar. A veces llamamos por teléfono y decimos “tal persona va a ir”, hablamos con el psiquiatra que lo atendió en algún momento, se hace la articulación interinstitucional.

E: Bien, esta articulación interinstitucional, ¿cómo les ha resultado o que desafíos pensas que quedan en ese punto?

P3: Em, en mi opinión personal, porque vas a encontrar diferentes opiniones, muy buena. Cuando el objetivo que tenemos los trabajadores de salud es que el paciente pueda recibir atención y llamamos para articular justamente el que le vamos a ofrecer a ese paciente, se puede lograr, digamos, una buena respuesta con respecto a: llamo a la psiquiatra del Hospital Escuela, que pas... “va a ir tal paciente, está tu firma, tu sello, ¿podes verlo a la brevedad, o en qué momento podes verlo, si va por guardia, si va con turno?” Bueno esa profesional: “no, tengo tal criterio, ¿pueden verlo en Huella, pueden tomarlo como paciente ustedes?”. Se empieza articular y a entender un poco mejor la situación, donde muchas veces porque la derivación o porque muchos, ya sea de nosotros a ellos o de ellos a nosotros, y se construye algo diferente. Siempre lo interinstitucional, lo interdisciplinario hace que haya un plus en esa comunicación y se construya algo mejor para este paciente. Las diferentes miradas siempre construyen algo diferente y superador a lo que cada uno, en una sola institución les pueda ofrecer. Entonces, en mi experiencia, más allá de que hay ciertas resistencias a veces, sobre todo en lo que implica el consumo problemático, se logra resolver la situación. Me ha pasado en el Hospital San Martín, en el Hospital Escuela, con algún Centro de Salud... La gran limitación en los Centros de Salud es la falta de profesionales entonces, esto, la típica es falta de psicólogos en los Centros de Salud, las listas de espera, que van y bueno “sí, para enero con suerte te llamamos para un turno que pueda ser en febrero o cuando se libere un espacio te llamamos”. Siempre tratamos de que los pacientes puedan tener una mejor accesibilidad a sus lugares, en términos de que, por ejemplo, le den un turno un psicólogo que atiende en su barrio, pero muchas veces ese psicólogo está desbordado. Acá sí contamos con más profesionales,

pero bueno la accesibilidad en muchos casos no es la que ellos necesitarían entonces ahí bueno, se complica un poco más... Entonces tratamos nosotros de hacerle lugar acá y tratar de verlo acá.

E: Bien, en relación a la accesibilidad, cuando por ahí hay dificultades por ejemplo geográficas, en la accesibilidad me refiero, ¿se han dado determinadas estrategias o han podido construir algo hacía el interior de los equipos para trabajar bueno “¿porque no llegan los pacientes o porque hay inasistencias?”, ese tipo de cuestiones?

P3: Sí, siempre lo trabajamos en las reuniones de equipo. Pensamos, nos re-pensamos de porque a veces llegan con determinadas características, porque a veces no llegan, porque a veces cuando hacemos las derivaciones no llegan a ese lugar que los derivamos.

Lo que tiene que ver con el grupo de mujeres siempre estamos pensando de qué manera...

Se interrumpe porque alguien ingresa

P3: ¿En qué estaba? Lo del grupo de mujeres... en el grupo de mujeres, por ejemplo, pensamos la accesibilidad en términos de como poder alojarlas, pensar las características particulares del género femenino, las mujeres puntualmente, en términos de pensar un horario particular que ellas puedan venir, no tan temprano, no tan tarde, un horario de la mitad de mañana. Las recibimos con café, galletitas, un vaso de agua, ellas se pueden traer su mate.

Con respecto a lo geográfico, la accesibilidad geográfica es complicada por ahí la situación. Huella en sí, por las vías de, por los colectivos, por ejemplo, yo mismo nomás, si me vengo acá me tengo que tomar dos colectivos porque es complicado. Si vivís en el centro sí, pero la mayoría de nuestros usuarios y usuarias no viven en el centro entonces eso se les puede complicar, igual lo resuelven. Porque tampoco es que... vivimos en una calle de asfalto, en un lugar que los puede recibir, sí bien hay ciertas limitaciones como por ejemplo recibir alguna persona con alguna discapacidad puntual, motriz, pero bueno eso se está pensando y se está tratando de resolver también. Pero igual lo logramos sortear a ese obstáculo. No, con otro tipo de dificultades con respecto a la accesibilidad siempre estamos pensando. Este Centro de Salud trabaja con el área programática, ¿sí? entonces tienen prioridad por supuesto lo que viven en nuestra área programática pero bueno obviamente, no sé, hemos tenido usuarios que vienen de Nogoya, del grupo de mujeres han venido de Crespo, de Maria Grande, de diferentes lugares. Pasa que claro, esos usuarios se les... llega un momento del tratamiento, que, al ser ambulatorio, con turno, venir 2 o 3 veces por semana se les ha complicado. Entonces lo que hacemos es darle dos o tres turnos en el mismo día y tratamos de resolver eso: que venga con el psicólogo particular primero, después que vaya al grupo y después que lo vea la médica, la clínica, o el psiquiatra si fuera necesario. Entonces tratamos de siempre acomodar el tratamiento a las particularidades y necesidades de cada sujeto.

E: Bien. En relación al grupo de mujeres, ¿qué efectos subjetivos ustedes han encontrado, si es que han conversado esta cuestión, en esta modalidad de los talleres o las cuestiones que se han ido generando en el grupo de mujeres? Digo pensando clínicamente en el tratamiento de cada paciente en particular, digamos en lo singular de cada una.

P3: A ver, no entiendo...

E: ¿Como ha repercutido el dispositivo del grupo de mujeres en el tratamiento con cada paciente, con cada usuaria?

P3: No, y siempre positivo, el grupo siempre suma. Es más, es pensando el grupo para ciertas pacientes que necesitan abrir un poco el panorama de lo que es su problemática particular ¿no? escuchar otras experiencias, escuchar de otras experiencias en donde encontrar similitudes, en donde encontrar identificaciones que les sirvan tanto a la que escucha como a la que está compartiendo su experiencia particular, su experiencia de vida, su historia, su estrategia para salir adelante o su traba en donde no está pudiendo desenvolverse, donde no puede desanudar eso que la hace sentir mal entonces en el intercambio grupal y con algunas intervenciones de las coordinadoras hace que surja algo diferente a lo que surge en la terapia individual. Es diferente lo que brinda un grupo puntual, a lo que pueda trabajar cada una en su terapia, ya sea de psicología individual, terapia ocupacional, ni hablar de la clínica o de la psiquiatría o de un taller. Todo suma, por eso es que la estrategia terapéutica es particular, suma a ese paciente en particular. No todas las mujeres, por ejemplo, son para grupo, en un momento especial de su vida, tal vez sí más adelante o tal vez llega un momento que puedan continuar por otros espacios. Pero siempre el grupo sirve a lo que tiene que ver a los puntos de socialización, del compartir, de escuchar otras experiencias, que surjan nuevas ideas y se motiven también nuevos sentimientos que antes estaban tal vez acallados, tapados, olvidados, resistidos.

E: Bueno, a lo mejor para ir cerrando te preguntaría, dos preguntas diferentes. ¿Por qué pensas que hablan, ustedes dentro de la institución, de consumos problemáticos? y, ¿qué desafíos pensas que les quedan a los profesionales de la salud mental dentro del campo de los consumos problemáticos?

P3: Un consumo problemático es ese consumo que afecta a la salud física, emocional, social, laboral. Eso que interrumpe que un proyecto de vida pueda pensarse y desarrollarse. Em, ¿qué desafíos? esto, tal vez el equipo, los equipos, mejorar lo que tiene que ver con la interdisciplina, lo que tiene que ver con... Si bien siempre se logra el trabajo interdisciplinario, es un desafío mejorarlo, no? Las vías de comunicación, los proyectos que por ahí se puedan pensar. Muchas veces nos falta tiempo. Pero esta bueno esto de las reuniones de equipo para poder mejorar a nivel institucional. Y a nivel interinstitucional, yo creo que siempre cuando se trabaja con otros, con otras instituciones, con otros profesionales, no solo del ámbito de la salud sino es fundamental trabajar con educación, es fundamental

trabajar con desarrollo social, con COPNAF, con otras órbitas que nos hacen pensar también y abrir también un poco la mirada de lo que implica la demanda y las necesidades de los usuarios que vienen acá, salir al territorio, salir más. Si bien hay un equipo que es el Enterate que sale a las escuela, escucha a los docentes, escucha a los chicos, hay también otros ámbitos comunitarios que son un desafío poder habitar in situ para poder pensar otro tipo de estrategias que son muy diferentes a las que podemos hacer acá en el consultorio, acá institucionalmente. Ese es un desafío porque las estrategias para los consumos problemáticos sí o sí tiene que ser pensando de manera compleja, y compleja es teniendo en cuenta todos los ámbitos que incorpora entonces uno de esos ámbitos es el social y bueno ese es el desafío.

E: Bueno, te agradezco mucho por tu tiempo, perdón por interrumpirte.

P3: Por favor... no, si no me interrumpís, hubiera venido antes...

Entrevista Profesionales de Medicina y Abogacía (M) (A)

La siguiente entrevista fue realizada a dos profesionales de la salud de forma simultánea: M (médico) y A (abogado). Dada la voluntad de uno de los entrevistados, la entrevista no fue grabada, de manera que el registro de la misma consta de las notas de la entrevistadora, por lo cual la siguiente entrevista fue transcrita parafraseando las palabras de los entrevistados.

“A” es abogado, comentó que se encontraba trabajando en la institución desde 2014 y que participaba en el Espacio de Recepción de Demanda, con los oficios provenientes de la justicia y dando asesoramiento a usuarios y profesionales.

“M” es médico y trabaja en la institución desde 2011. Actualmente se encuentra participando de diferentes espacios: consultorio individual, taller de huerta y espacio de admisión.

A: Existen “componentes sociales” que se articulan en el campo de los consumos problemáticos, lo cual hacía que las adicciones queden primero en la órbita de la salud y secundariamente en la órbita de la justicia. Es necesaria una articulación entre la justicia y desarrollo social. Las adicciones generan un problema social.

Respecto de la denominación “adicciones” planteó que él hablaba de adicciones porque las leyes hablaban de adicciones. En este punto, la entrevistadora señala que en el Plan IACOP se menciona el término “consumos problemáticos”.

Frente a este señalamiento “A” da una explicación acerca de porque él consideraba que había nacido el Plan IACOP:

En sus dichos ubicó que “el manicomio se usaba como cárcel encubierta”. Las personas abandonan su círculo social (familiar, amistades) y se los traslada a otros lugares como las granjas. Esto generó que el sistema privado de salud se colapsara. Según A la causa de esto fue la prohibición de la Ley de Salud Mental de internar en manicomios, generando a su vez la necesidad de internar a las personas en instituciones privadas. Esto produjo una demanda social creciente sobre el sector privado y en este sentido, el Plan IACOP “viene a blanquear las comunidades terapéuticas” y a solucionar este problema, ya que mediante esta ley el estado terceriza las internaciones en comunidades terapéuticas, es decir, el Estado no provee dentro del sector público espacios para internación, pero terceriza la atención al sector privado.

Entrevistadora (E): ¿Cómo podrías caracterizar a los sujetos que llegan a la institución?

A: En el caso de los oficios llegan más varones, por casos de violencia, violencia familiar o violencia de género.

M: Llegan personas de bajos recursos, personas en situación de calle y personas que vienen por causas judiciales. La mayoría no posee cobertura social. Muchos de ellos no tienen trabajo, realizan changas y suelen ser en su mayoría varones, aunque también consultan mujeres.

E: ¿Qué lectura hacen de este dato? que los oficios por casos de violencia lleguen más en casos de varones que de mujeres.

M: ¿Que los varones son más violentos que las mujeres? (risas)

A: El sistema judicial “penaliza más al hombre” y además en el caso de los varones llegan muchos delitos por hurto.

E: En el caso de las intervenciones de la justicia, ¿cómo son? ¿que solicita el juez?

A: El juez solicita que hagan tratamientos por desintoxicación. De parte de la justicia esto “es como una especie de castigo”. La probation tiene que ver justamente con esto, en vez de mandarte preso te indican un tratamiento; en estos casos las personas están obligadas a asistir a las entrevistas de admisión.

El ubica que los pacientes también leen eso como un castigo.

M: Cuando no hay motivación el tratamiento se cae. Llegan usuarios que no consumen, pero llegan por situaciones de violencia. Por ejemplo: llegan a la situación casos de personas que llevaron adelante violencia de género pero que no consumen. En estos casos los jueces los mandan a la institución a que realicen un tratamiento, aunque la persona no tenga ningún problema de consumo. Luego de realizar las entrevistas de admisión es posible despejar que el sujeto no consume. En estos casos, el equipo interdisciplinario, mediante un informe, comunica al juez que la persona no tiene un consumo problemático.

En estos casos ambos profesionales expresan que los jueces hacen cierta equivalencia entre violento = adicto.

A: No todos los consumos son problemáticos. Por ejemplo: fumar un porro por día o tomar cerveza los fines de semana no es un consumo problemático.

E: ¿Cuándo un consumo es problemático?

A: Cuando afecta el desempeño de la persona en lo laboral, familiar, social. La persona identifica que eso está generando un problema.

M: Si no hay conciencia de enfermedad y voluntad el tratamiento se cae. En las adicciones no hay conciencia de enfermedad.

La Ley de Salud Mental no permite obligar a las personas a realizar un tratamiento si no se cuenta con el consentimiento. Ubicaba que antes era más frecuente que existan determinadas discusiones con los jueces ya que ellos exigen que los usuarios hagan un tratamiento, pero desde la institución devolvieron justamente esta respuesta: no se puede obligar a las personas a hacer un tratamiento.

Consideran que al día de hoy esta cuestión está más instalada y entendida entre los jueces por lo cual ya no se dan estos debates.

El consentimiento informado se firma una vez culminado el proceso de admisión, es decir, luego de dos o tres entrevistas iniciales con la persona que consulta.

E: ¿De qué se tratan las reuniones de equipo?

M: Trabajamos casos problemas y derivaciones de usuarios. También temas institucionales e inquietudes que surgen. Presentamos ateneos en los cuales cada uno plantea una temática.

E: ¿Cuáles son los objetivos que orientan sus prácticas?

A: La idea es dar cobijo o atención a los consumos problemáticos. ¿El alta por ejemplo?

E: Aclara que no apunta específicamente al alta sino a los objetivos que orientan las prácticas.

A: El alta en el caso de los consumos problemáticos es baja. Uno de los objetivos es el alta y que mejore la calidad de vida de las personas.

M: Uno de los objetivos es mejorar la salud de las personas. Entiende a la salud como lo “bio-psico-social”, no solo se piensa en que la persona no consuma, es decir, que no se enfocan desde la perspectiva abstencionista, pero considera que el fin último sí es la abstinencia. Cree importante lograr la abstinencia, pero esto no es un requisito, es decir, no se le solicita a la persona que consulta que esté en abstinencia cuando va a iniciar el tratamiento, ya que eso es una contradicción.

Afirma que entiende a los consumos problemáticos como “una enfermedad crónica con recaídas”. Hay que trabajar con las recaídas. Es una enfermedad de larga data, por eso la considera crónica.

E: ¿Cuáles son los conflictos con los cuales se encuentran en la práctica?

M: Uno de los conflictos es la inconstancia de los usuarios, otro de ellos es que ubican a la medicación como salvataje, como lo primordial en el tratamiento, “un remedio que me cure”, inconscientemente esperan que algo los cure. Este hecho genera que justamente con el médico no sean tan inconsistentes, es decir, suelen faltar más a las terapias con los psicólogos, pero no tanto con el médico, dado que la motivación al médico está orientada por esta representación del remedio que cura. Otro conflicto es la falta de motivación en el tratamiento con adictos.

A: En el caso de la probation tienen la obligación de venir y uno de los conflictos es que no suelen concurrir. Plantea no entender porque pasa eso. Considera que una persona con mayores recursos iría a hablar, aunque sea media hora con tal de no ir preso.

M: hay “una falta de internalización de las normas sociales”. Tiene que ver con que muchas veces, desde la justicia, hay mucha flexibilidad en las sanciones por incumplir las normas entonces las personas no tienen interés en asistir a las entrevistas por la probation.

E: Respecto de las dificultades en la accesibilidad y llegada de los usuarios a la institución, ¿suelen trabajar estos temas en las reuniones de equipo?

M: Sí, nos preguntamos cómo transformar eso, pero es difícil. Una de las dificultades de las instituciones públicas y de que los usuarios no paguen por la atención es justamente eso, cuando pagas lo valoras distinto. Por ejemplo: una persona que va al gimnasio, va porque pagó. Entonces al no pagar, hay cierto desinterés.

A: No suelen respetar los horarios, muchas veces llegan una hora antes o una hora después. Cuando se modifica el paradigma y las adicciones pasan de la órbita de la justicia a la órbita de la salud, al considerar a la adicción como una enfermedad, se deposita la culpa en la enfermedad, reduciendo de este modo la estigmatización, es decir, no se culpabiliza a la persona ni se hacen juicios de valor: “es adicto porque él decide consumir”, sino que cuando entendemos que la adicción es una enfermedad en parte se retira la estigmatización de “ser buena o mala persona por consumir”.

“Pobre, consume”, tiene una enfermedad, no es una mala persona. Es decir, en este caso el diagnóstico hace que tengan más derechos. Por ejemplo: cuando yo iba a dar charlas a los casinos, muchas veces se

acercaban personas a comentarme que había empleados que tenían adicciones y tienen miedo que los echen. Entonces yo les decía: “no, es al revés, si él dice que tiene un problema de consumo y lo diagnostican, su jefe no puede echarlo sino al contrario, le tiene que pedir que haga un tratamiento”.

E: ¿Qué desafíos piensan que tienen actualmente los profesionales de la salud mental respecto del abordaje de los consumos problemáticos?

A: Uno de los desafíos es el tema edilicio, hay falta de consultorios, también por la ubicación geográfica los pacientes a veces no llegan. En los centros de salud se deberían atender adicciones. Es necesario que haya más territorialidad.

M: Sí, es necesario que se instalen en los centros de salud la atención en adicciones. Muchas veces, al incorporar las adicciones dentro del ámbito de la salud mental, en los casos donde se derivan pacientes al Hospital Escuela, los propios usuarios con consumo problemático no quieren ir al Hospital Escuela porque piensan “que ahí están los locos”. También es necesario que se trate al adicto como cualquier otra enfermedad o problema en salud mental.

A: Cuando se crea la Ley Nacional de Salud Mental se empieza a pensar desde otro paradigma. Por un lado, estaba el paradigma del modelo médico hegemónico y, por otro lado, el nuevo paradigma actual. No se trata de rechazar totalmente el paradigma anterior y considerar que todo lo que se pensaba antes estaba mal. En relación a las internaciones la Ley de Salud Mental se pasó dos o tres pueblos con prohibir las internaciones porque las personas con adicciones están enfermas y cuando tienen que volver a su seno familiar, con sus amigos, su familia, a la ciudad de donde vino, como es una persona enferma muchas veces enferma a su familia y muchas veces la familia no quiere recibirlo. Para poder resolver esto, la Ley debería permitir las internaciones. Debería existir un gris entre lo que planteaba la ley anterior y lo que plantea la ley actual. No estoy de acuerdo con que la Ley prohíba las internaciones. Por ejemplo: el Centro de las Juventudes se hizo para internaciones, pero cuando se dieron cuenta que la Ley de Salud Mental lo prohibía, tuvieron que darle otros usos y es por eso que actualmente no se está ocupando ni el 10% del edificio.

M: El problema no es la Ley, sino la implementación, porque los recursos que se deberían asignar a salud mental no se asignan. Pienso que no deberían cerrarse los manicomios, sino que debería haber más instituciones en mejores condiciones, más humanitarias.

A: Hacer los monovalentes más vivibles, más humanos. En las adicciones la demanda por internación es muy alta, deberían existir lugares para internar adictos. Incluso esto genera una discriminación económica porque muchas veces las personas que cuentan con mayores recursos pueden pagar una clínica privada, pero las personas con menores recursos no pueden acceder a lugares para internarse.