

2014-04-29

# Criterios utilizados en el diseño de dispositivos clínicos de atención a las adicciones. Un estudio de casos aplicado en Mar del Plata

Caputo, Ezequiel Gastón

---

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/144>

*Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni*



UNIVERSIDAD NACIONAL  
*de* MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Título del proyecto:

**“CRITERIOS UTILIZADOS EN EL DISEÑO DE DISPOSITIVOS CLÍNICOS  
DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES. UN ESTUDIO DE CASOS  
APLICADO EN MAR DEL PLATA”**

**Apellido y nombre del autor:** Caputo, Ezequiel Gastón

**Matrícula y Año:** 7329/06

**Director:** Lic. Más, Fermín.

**Anteproyecto**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Título del proyecto:

**“CRITERIOS UTILIZADOS EN EL DISEÑO DE DISPOSITIVOS CLÍNICOS  
DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES. UN ESTUDIO DE CASOS  
APLICADO EN MAR DEL PLATA”**

PLAN DE TRABAJO PARA LA REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE PREGRADO

**Apellido y nombre del autor:** Caputo, Ezequiel Gastón

**Matrícula y Año:** 7329/06

**Director:** Lic. Más, Fermín.

## DESCRIPCIÓN RESUMIDA

*Título del proyecto:* “Criterios utilizados en el diseño de dispositivos de atención clínica a las adicciones. Un estudio de casos aplicado en Mar del Plata”.

### *Resumen*

La problemática de las adicciones ha complejizado en todas sus dimensiones las formas de llegar a consulta, situación en la que convergen los cambios sociales y culturales acaecidos en los últimos años, y a los que deben agregarse la incidencia de procesos excluyentes en lo social y comorbilidad mediante la que se asocian otros trastornos y/o patologías. Esta constelación de cambios trajo también consecuencias decisivas en el modo de abordar, valorar y tratar clínicamente las problemáticas relacionadas con adicciones.

En el amplio espectro de intervenciones de atención a las adicciones convergen los discursos jurídico, social, cultural y sanitario en sentidos yuxtapuestos; además, se puede observar diversidad de dispositivos de atención y heterogeneidad de criterios a la hora de su diseño/implementación.

Se propone una investigación descriptiva de tipo taxonómico, y con diseño de casos múltiples, mediante la cual se pretende reconstruir una tipología de los criterios que los profesionales expertos utilizan al momento de diseñar dispositivos de atención clínica a las adicciones.

### *Palabras clave:*

Adicciones – Atención clínica – Criterios – Dispositivos.

## DESCRIPCIÓN DETALLADA

*Título del proyecto:* “Criterios utilizados en el diseño de dispositivos de atención clínica a las adicciones. Un estudio de casos aplicado en Mar del Plata”.

### *1. Motivos y antecedentes*

Las adicciones y sus consecuencias, constituyen una problemática que desborda la capacidad de comprensión y abordaje de las distintas disciplinas, debido a que son muchos los factores que condicionan al individuo de la sociedad actual. Esta última tiene como una de sus características básicas la sobrevaloración social del consumo (Alberro, 2008).

El sujeto queda resumido a consumidor de bienes universales, clausurándose todo tipo de reconocimiento y/o ejercicio de su singularidad. El consumo ilimitado se impone, transformando fines e ideales, y favoreciendo una sorprendente propagación de sensaciones de vacío existencial, apatía y frustración (Galende, 2008). El consumo parece tener el sentido de disminuir esas dolencias anímicas, lo que incluye al consumo de tóxicos, legales e ilegales, como un objeto más de los que se ofrecen en el mercado. Sin embargo, este planteo no supone que en la economía psíquica del sujeto que tiene comportamientos adictivos se produzca un ahorro de displacer; más bien habría en ese sujeto una ilusión de que con el consumo del objeto advendrá una rápida satisfacción, hecho que produciría una rápida descarga del aparato psíquico frente a una situación que produce angustia (López, 2003).

La adicción a las drogas, con las características que presenta en la actualidad, constituye un fenómeno propio de nuestra época que requiere intervenciones adecuadas y efectivas, debido a que asistimos a cambios en los modos de producir subjetividad (Galende, *Ibíd.*). La figura del adicto es factible en el contexto sociohistórico actual, en el que el soporte subjetivo del Estado ha dejado de ser el ciudadano y ha pasado a ser el consumidor (Emanuelli, 2000; Wortman, 2002; Martín Barbero y Ochoa Gautier, 2005). Esto último, se relaciona con un modelo de sociedad excluyente que se ha consolidado en la década de los '90s, en el cual se produjo un proceso de descolectivización de numerosos sectores de la población acompañado por el comienzo de una individualización de lo social, y configurándose, de esta manera, la figura del ciudadano consumidor (Svampa, 2005).

Desde el punto de vista sanitario, un abordaje adecuado a este tipo de problemáticas no apuntaría a las sustancias en sí, sino a los comportamientos de los jóvenes y adultos vinculados con el abuso y/o dependencia de alcohol, el tabaco y otras drogas (ATOD). Por esto mismo, al abordar la problemática de las adicciones, no se pueden dejar de lado los procesos de exclusión social ni las comorbilidades. Estos factores contribuyen tanto a la incidencia como a la complejización de los casos actuales, fundamentalmente en lo que respecta a edad de inicio, policonsumo, deterioro neuronal, secuelas irreversibles, muerte, etc.

Por otra parte, es muy difícil la labor de la salud pública al tratar con una enfermedad de estas características, en tanto que la población objetivo está clandestinizada. Además, la autopercepción de la enfermedad por parte del paciente es prácticamente nula, aspecto que conduce a que la mayor parte de la necesidad no se transfiera en demanda ni se acceda a los dispositivos montados para su atención. Es por eso que, en este contexto, la planificación de los servicios sanitarios se hace mucho más complejo que en otras áreas

de la salud.

A su vez, es importante destacar desde este momento de partida, la coexistencia de múltiples abordajes y diversos criterios, cuyas dos máximas expresiones podemos adelantar como los paradigmas de “abstinencia cero” y “reducción de daños”. El primero, al que también se denomina modelo abstencionista, pone especial énfasis en el objeto -la droga- como causa del problema adictivo, de lo que se desprende que lograr la abstinencia sea una objetivo principal del tratamiento. Se trata de un modelo que se puede encontrar en las comunidades terapéuticas, sobre todo, en las comunidades cerradas. Estas comunidades funcionan con sistemas de reglas que, si se transgreden, operan desde la sanción. Es un modelo con consideración estrecha de la subjetividad y participación activa de los pacientes.

No se trata de un sujeto tan activo como el del paradigma de “reducción de daños” (Landaburu, 2007), que se ha convertido en la alternativa a los enfoques basados en la abstinencia. El concepto de disminución de daños y riesgos comenzó a utilizarse con cierta amplitud a finales de los ‘80s, más como respuesta a las consecuencias de la infección por VIH en usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) que valoraba no solo el mejoramiento de las cuestiones del consumo, los consumidores y las drogodependencias, sino también exacerbaban el problema sin tampoco acercar a los usuarios de drogas hacia las redes de atención sociosanitaria (Markes Alonso y Poo Ruiz, 1998). Una de las características más importantes de la reducción de daños, es que permite disminuir la entrada a la adicción y los riesgos asociados al consumo. Desde este paradigma, no es una condición primordial que la persona deje de consumir en el tratamiento. Se parte del hecho de que esa persona consume, que no puede o no quiere dejar de consumir y que necesita ayuda para disminuir los riesgos que puedan estar vinculados al consumo, como por ejemplo: de la salud -como la transmisión de enfermedades-, sociales -la estigmatización, la vulnerabilidad social- y legales (Landaburu, op. cit.).

En términos de su atención, la problemática de las adicciones supone tratamientos que van más allá de la psicofarmacología, psicoterapia y/o terapia grupal. Además, no se tienen certezas ni evidencias definitivas sobre la efectividad de una terapéutica determinada por sobre otras. Debido a esto es esperable que nos encontremos con diversidad de tratamientos y heterogeneidad de criterios a la hora de diseñar dispositivos para su atención clínica: biomédicos, psicológicos, vinculares, familiares y comunitarios. El estadio actual de construcción de consensos entre los profesionales expertos y la dificultad para determinar diagnósticos con importantes grados de unanimidad, ponen de

manifiesto un vacío conceptual que dificulta la elaboración de programas de intervención eficaces para mejorar el resultado de los tratamientos (Mora Sanz, 2009). Asimismo, y como se dijo antes, la comorbilidad es otro fenómeno que contribuye a la complejidad de estas entidades, fundamentalmente los casos conocidos como patología dual (Barea y otros, 2010).

Por todo esto, y considerando lo dicho sobre la evidencia insuficiente acerca de la efectividad de una terapéutica específica para el tratamiento de este tipo de patologías, proponemos relevar cuáles son los principales dispositivos que implementan los profesionales expertos a la hora de llevar a cabo atención clínica de adicciones y cuáles son los principales criterios que utilizan al momento de diseñar los dispositivos de atención.

## ***2. Objetivo general***

**2.1** Describir los criterios utilizados en el diseño de dispositivos clínicos de atención a las adicciones.

## ***3. Objetivos particulares***

**3.1** Caracterizar los principales dispositivos clínicos de atención a las adicciones.

**3.2** Identificar criterios que emergen de esos dispositivos.

**3.3** Reconstruir una tipología que represente tanto los dispositivos como los criterios y sus combinaciones.

## ***4. Hipótesis***

La diversidad de dispositivos que se diseñan para la atención clínica de las adicciones presenta correspondencias de forma respecto a la heterogeneidad de criterios (biomédicos, psicológicos, vinculares, sociales y, comunitarios) que los inspiran.

## ***5. Métodos y técnicas***

Se trata de una investigación descriptiva de tipo taxonómico y con diseño de casos múltiples.

La investigación tendrá dos relevamientos: uno documental y otro por entrevistas a informantes calificados. El primero será un relevamiento de documentación acerca de políticas públicas de atención a las adicciones (programa de atención a las adicciones) y documentación institucional sobre servicios y dispositivos de trabajo. Los informantes calificados serán seleccionados siguiendo procedimientos de muestreo teórico (Glasser y



Strauss, 1967) asumiendo como criterios de inclusión: (1) que el profesional tenga carrera de grado universitario; (2) que ejerza actualmente la profesión; (3) que cuente con experiencia en tratamientos de atención a las adicciones (por lo tanto, quedan excluidos técnicos, auxiliares, operadores y recuperados).

El material recolectado será analizado siguiendo estrategias basadas en la teoría fundamentada (Glasser y Strauss, op. cit.). Los resultados del análisis descriptivo y del análisis hermenéutico permitirán producir conocimiento bajo la forma de teoría sustantiva (Glasser y Strauss, Ibid.) sobre la que se reconstruirá una tipología de dispositivos y criterios.

### **6. Lugar de realización del trabajo**

Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires, República Argentina.

### **7. Cronograma de actividades**

| Actividad                          | Meses |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|------------------------------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
|                                    | 1     | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Elaboración del marco teórico      |       | X | X |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| Relevamiento documental            |       | X | X |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| Análisis de documentos             |       |   | X |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| Diseño de protocolos de entrevista |       |   |   | X |   |   |   |   |   |    |    |    |
| Selección de los casos             |       |   |   | X |   |   |   |   |   |    |    |    |
| Trabajo de campo                   |       |   |   |   | X | X | X |   |   |    |    |    |
| Análisis de entrevistas            |       |   |   |   |   | X | X | X |   |    |    |    |
| Análisis integrador                |       |   |   |   |   |   |   | X | X | X  |    |    |
| Elaboración de tipología           |       |   |   |   |   |   |   |   |   | X  | X  |    |
| Redacción de informe final         |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    | X  |

### **8. Bibliografía básica de referencia**

- Alberro, M. (2008): *Prevención y atención de las adicciones en el CPA de Mar del Plata. Un estudio de caso*. Tesis de Grado. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Barea, J. y otros (2010) "Estudio sobre aspectos etiológicos de la patología dual". En *Revistas Adicciones*. SOCIDROGALCOHOL: Barcelona. Vol. 22 Nro. 1.
- Emanuelli, P. (2000) "Sociedad actual e imaginarios: el marco que 'influye-construye' las

instituciones actuales". En *Revista Latinoamericana de Comunicación social*. La laguna: Tenerife. Año 3ro Nro. 29.

-López, Héctor. (2003) *Las adicciones. Sus fundamentos clínicos*. Editorial Lazos: La Plata.

-Markes Alonso, I. y Poo Ruiz, M. (1998) "Originales y revisiones. Nuevos modelos de intervención: disminución de riesgos y programas de mantenimiento". En *Revista de Psiquiatría Pública*. Excilibris Ediciones: Madrid. Vol. 10 Nro. 6.

-Martin Barbero, J. y Ochoa Gautier, A. (2005) Políticas de multiculturalidad y desubicaciones de lo popular. En Mato, D. (comp): *Cultura, política y sociedad Perspectivas latinoamericanas*. CLACSO: Buenos Aires.

-Mora Sanz, A. (2009) Adicciones psicológicas: conceptualización e intervención. En *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. Médica: Madrid. Nro. 92.

-Svampa, M. (2005) *La sociedad excluyente. Argentina bajo el signo del neoliberalismo*. Taurus: Buenos Aires.

-Wortman, A. (2002), "Procesos e imaginarios de la globalización cultural en la Argentina: entre el consumo y la exclusión social". En *La (indi) gestión cultural*. Ediciones Ciccus-La crujía: Buenos Aires.

-----  
Firma del Supervisor

-----  
Firma del alumno

P/ Área de investigación

Resultado de la evaluación

Fecha:

## **Agradecimientos**

A cada una de las instituciones que con gran predisposición abrieron sus puertas para poder realizar las diferentes entrevistas correspondientes al trabajo de campo.

A mi director de tesis por su guía constante en la realización del presente trabajo de investigación.

A mi familia y a mi mujer, por su apoyo incondicional.

“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de investigación y como tal es propiedad exclusiva del estudiante Ezequiel Gastón Caputo, Mat. 7329/06, DNI 32668876 de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito del autor”.

El que suscribe manifiesta que el siguiente Informe Final corresponde a la Tesis de Pregrado elaborada por el estudiante Ezequiel Gastón Caputo, Matricula 7329/06 conforme a los objetivos y el plan de trabajo pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos a los días.....del mes de.....del año 2014.

---

Firma, aclaración y sello

Supervisor

Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por el alumno Ezequiel Gastón Caputo Mat. 7329/06.

Firma y Aclaración de la Comisión Asesora

Fecha de aprobación

## Índice.

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Introducción</b>  | <b>1</b>  |
| <b>Capítulo 1: Marco Teórico</b>                               | <b>3</b>  |
| Marco Teórico  | 4         |
| Modelos  | 9         |
| <b>Capítulo 2: Sistema local de atención</b>                   | <b>12</b> |
| Sistemas de servicios de atención a las adicciones             | 13        |
| Datos sobre la problemática de las adicciones a nivel nacional | 15        |
| Selección de casos   | 18        |
| <b>Capítulo 3: Análisis de entrevistas</b>                     | <b>19</b> |
| Análisis intracategorías                                       | 20        |
| Análisis intercategorías                                       | 24        |
| <b>Capítulo 4: Criterios</b>                                   | <b>27</b> |
| Criterio Biomédico   | 28        |
| Criterio Psicológico   | 31        |
| Criterio Institucional-comunitario                             | 36        |
| <b>Capítulo 5: Dispositivos</b>                                | <b>40</b> |
| <b>Capítulo 6: Tipología</b>                                   | <b>45</b> |
| <b>Consideraciones Finales</b>                                 | <b>48</b> |
| <b>Bibliografía</b>  | <b>51</b> |
| <b>Anexo</b>   |           |

# Introducción



## **Introducción**

La presente investigación surge a partir del interés por explorar cuáles son los principales dispositivos clínicos de atención a las adicciones en la ciudad de Mar del Plata. Una vez relevados los mismos, intentar identificar y describir cuáles son los criterios utilizados en el diseño de dichos dispositivos. Finalmente, reconstruir una tipología que represente tanto los dispositivos como los criterios y sus combinaciones.

Se trata de un estudio de casos, de corte transversal y descriptivo, en el que se relatan el perfil de los pacientes, la visión acerca de la problemática de las adicciones, la formación en la temática, las fortalezas y debilidades, la eficacia del impacto de intervención, y las características de esta última.

Se aplicaron nueve entrevistas a profesionales/no profesionales pertenecientes a instituciones de atención a las adicciones.

En el capítulo 1, se presenta el marco teórico sobre el que se sustenta la presente investigación.

En el capítulo 2, se describe el sistema de atención a las adicciones a nivel local, y se presentan datos estadísticos a nivel nacional.

En el capítulo 3, se analizan los resultados de las entrevistas, mediante un análisis intracategoría e intercategoría.

En el capítulo 4, se identifican los criterios utilizados en el diseño de los dispositivos relevados.

En el capítulo 5, se caracterizan los principales dispositivos clínicos de atención a las adicciones.

En el capítulo 6, se reconstruye una tipología que representa tanto los dispositivos como los criterios y sus combinaciones.

Más adelante, se presentan las consideraciones finales relacionadas con los objetivos de la presente investigación.

Al final de la investigación, se detalla la bibliografía utilizada.

En el anexo, se encuentra el protocolo de entrevista utilizado durante el trabajo de campo.

Capítulo 1

Marco

Teórico

## Marco teórico

Las adicciones son un problema de salud que comporta graves consecuencias a las personas que las padecen y a sus familiares. Se trata de un trastorno altamente incapacitante que cursa de forma progresiva y crónica, y deteriora todas las áreas del individuo. Existe una pérdida de control sobre la conducta, una dependencia psicológica, una pérdida de interés por otras actividades y un predominio de reforzadores negativos que mantienen la aparición de la conducta adictiva. Un patrón de conducta descontrolada y una incapacidad para poner fin a ésta a pesar de sus consecuencias perjudiciales. El adicto dedica un tiempo exorbitante a su adicción, sacrificando o descuidando otras actividades sociales, lúdicas y recreativas importantes, así como faltando a sus obligaciones y responsabilidades, tanto laborales, como familiares. (Mora Sanz, 2009)

Las adicciones y sus consecuencias, constituyen una problemática que desborda la capacidad de comprensión y abordaje de las distintas disciplinas, debido a que son muchos los factores que condicionan al individuo de la sociedad actual. Esta última tiene como una de sus características básicas la sobrevaloración social del consumo (Alberro, 2008).

El consumo ilimitado se impone, transformando fines e ideales, y favoreciendo una sorprendente propagación de sensaciones de vacío existencial, apatía y frustración (López, 2003). El sujeto queda resumido a consumidor de bienes universales, clausurándose todo tipo de reconocimiento y/o ejercicio de su singularidad. (Galende, 2008). El consumo parece tener el sentido de disminuir esas dolencias anímicas, lo que incluye al consumo de tóxicos, legales e ilegales, como un objeto más de los que se ofrecen en el mercado. Sin embargo, este planteo no supone que en la economía psíquica del sujeto que tiene comportamientos adictivos se produzca un ahorro de displacer; más bien habría en ese sujeto una ilusión de que con el consumo del objeto advendrá una rápida satisfacción, hecho que produciría una rápida descarga del aparato psíquico frente a una situación que produce angustia (López, 2003).

La adicción a las drogas, con las características que presenta en la actualidad, constituye un fenómeno propio de nuestra época que requiere intervenciones adecuadas y efectivas, debido a que asistimos a cambios en los modos de producir subjetividad (Galende, *Ibíd.*). Entre las adicciones del pasado y las actuales, se encuentran tres diferencias fundamentales: en primer lugar, la disponibilidad y comercialización (sea de tipo legal o ilegal) a lo largo de todo el planeta de sustancias o productos que producen adicciones en los individuos; en segundo lugar, la pérdida del sentido simbólico y del valor cultural que

tenían en el pasado muchas de las adicciones actuales, que en aquel contexto se consumían controladamente de un modo normativizado y ritualizado; en tercer lugar, el cambio social que facilita el individualismo, la búsqueda del placer inmediato y la satisfacción de todas las necesidades que piensa el individuo que le son imprescindibles, facilitando con ello caer más fácilmente en las adicciones (Oblitas Guadalupe, 2002).

La figura del adicto es factible en el contexto sociohistórico actual, en el que el soporte subjetivo del Estado ha dejado de ser el ciudadano y ha pasado a ser el consumidor (Emanuelli, 2000; Wortman, 2002; Martín Barbero y Ochoa Gautier, 2005). Esto último, se relaciona con un modelo de sociedad excluyente que se ha consolidado en la década de los '90s, en el cual se produjo un proceso de descolectivización de numerosos sectores de la población acompañado por el comienzo de una individualización de lo social, y configurándose, de esta manera, la figura del ciudadano consumidor (Svampa, 2005).

En esta misma línea, Carballada, 2008, postula que la naturalización de la exclusión social, de determinados grupos que son considerados dañinos o nocivos hacia el todo social, o simplemente olvidados, implican la construcción de nuevas formas de etiquetamiento y, también, una nueva serie de señales hacia una sociedad, que cada vez se presenta con más rasgos de angustia y fragmentación. En este sentido, tal como plantea Bauman (2002), el destino de la labor de construcción individual está endémica e irremediablemente indefinido, no dado de antemano, y tiende a pasar por numerosos y profundos cambios antes de alcanzar su único final verdadero: el final de la vida del individuo. Pero, generando como conclusión, fundamentalmente, la confirmación de la construcción artificial de identidades en un mundo donde la identidad y la cimentación de la misma se torna cada vez más problemática. Este mismo autor, plantea que asistimos a un mundo donde lo que sobresale es la inequidad y una cada vez mayor brecha entre los pocos que acumulan poder económico, político y tecnológico frente a los otros, que desesperan para hacerse visibles dentro de su propio territorio o migrar hacia la incertidumbre de una promesa en el denominado primer mundo. Esta situación de crisis, ahora, expresada desde la perspectiva de fin y no de cambio, implica un fuerte impacto en toda la trama social, generando mayor inquietud, incertidumbre y sufrimiento psíquico (Galende, 2008)

Por esto mismo, al abordar la problemática de las adicciones, no se pueden dejar de lado los procesos de exclusión social ni las comorbilidades. Estos factores contribuyen tanto a la incidencia como a la complejización de los casos actuales, fundamentalmente en lo que respecta a edad de inicio, policonsumo, deterioro neuronal, secuelas irreversibles, muerte, etc.

Un abordaje adecuado a este tipo de problemáticas no apuntaría a las sustancias en sí, sino a los comportamientos de los jóvenes y adultos vinculados con el abuso y/o dependencia de alcohol, el tabaco y otras drogas (ATOD).

Por otra parte, la autopercepción de la enfermedad por parte del paciente es prácticamente nula, aspecto que conduce a que la mayor parte de la necesidad no se transfiera en demanda ni se acceda a los dispositivos montados para su atención. Es por eso que, en este contexto, la planificación de los servicios sanitarios se hace mucho más complejo que en otras áreas de la salud.

Además, es muy difícil la labor de la salud pública al tratar con una enfermedad de estas características, en tanto que la población objetivo está clandestinizada.

En términos de su atención, la problemática de las adicciones supone tratamientos que van más allá de la psicofarmacología, psicoterapia y/o terapia grupal. Además, no se tienen certezas ni evidencias definitivas sobre la efectividad de una terapéutica determinada por sobre otras. Debido a esto es esperable que nos encontremos con diversidad de tratamientos y heterogeneidad de criterios a la hora de diseñar dispositivos para su atención clínica: biomédicos, psicológicos, vinculares, familiares y comunitarios. El estadio actual de construcción de consensos entre los profesionales expertos y la dificultad para determinar diagnósticos con importantes grados de unanimidad, ponen de manifiesto un vacío conceptual que dificulta la elaboración de programas de intervención eficaces para mejorar el resultado de los tratamientos (Mora Sanz, 2009). Asimismo, y como se dijo antes, la comorbilidad es otro fenómeno que contribuye a la complejidad de estas entidades, fundamentalmente los casos conocidos como patología dual (Barea y otros, 2010).

A su vez, es importante destacar desde este momento de partida, la coexistencia de múltiples abordajes y diversos criterios, cuyas dos máximas expresiones podemos adelantar como los paradigmas de “abstinencia cero” y “reducción de daños” (Landaburu, 2007); (Alonso; Póo Ruiz, 1998). El primero, al que también se denomina modelo abstencionista (Landaburu, *ibid.*) pone especial énfasis en el objeto -la droga- como causa del problema adictivo, de lo que se desprende que lograr la abstinencia sea una objetivo principal del tratamiento. Se trata de un modelo que se puede encontrar en las comunidades terapéuticas, sobre todo, en las comunidades cerradas. Estas comunidades funcionan con sistemas de reglas que, si se transgreden, operan desde la sanción. Es un modelo con consideración estrecha de la subjetividad y participación activa de los pacientes.

No se trata de un sujeto tan activo como el del paradigma de “reducción de daños”

(Landaburu, 2007), que se ha convertido en la alternativa a los enfoques basados en la abstinencia. El concepto de disminución de daños y riesgos comenzó a utilizarse con cierta amplitud a finales de los '80s, más como respuesta a las consecuencias de la infección por VIH en usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) que valoraba no solo el mejoramiento de las cuestiones del consumo, los consumidores y las drogodependencias, sino también exacerbaron el problema sin tampoco acercar a los usuarios de drogas hacia las redes de atención sociosanitaria (Markes Alonso y Poo Ruiz, 1998). Una de las características más importantes de la reducción de daños, es que permite disminuir la entrada a la adicción y los riesgos asociados al consumo. Desde este paradigma, no es una condición primordial que la persona deje de consumir en el tratamiento. Se parte del hecho de que esa persona consume, que no puede o no quiere dejar de consumir y que necesita ayuda para disminuir los riesgos que puedan estar vinculados al consumo, como por ejemplo: de la salud -como la transmisión de enfermedades-, sociales -la estigmatización, la vulnerabilidad social- y legales (Landaburu, op. Cit.).

Por otra parte, es importante considerar, en medio de la disyuntiva de abordar al adicto como enfermo o delincuente, la reciente Ley Nacional de Salud Mental 26.657, aprobada el 25 de noviembre del año 2010. La misma postula, en primer lugar, que la preservación y el mejoramiento de la salud mental implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. En este sentido, el individuo es considerado sujeto de derecho, y se parte de la presunción de capacidad de todas las personas. Entre otros derechos, el Estado reconoce a las personas con padecimiento mental el siguiente derecho: derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud. En segundo lugar, y en referencia específica a las adicciones, esta ley postula que las mismas 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 ley en su relación con los servicios de salud.

Por otra parte, y relacionado a esto último, se encuentra en nuestro país la ley 23.737 de Tenencia y Tráfico de Estupeficientes. A partir de esta ley, se produce la incriminación del usuario, que es responsable de gran parte de los daños sociales y de salud relacionada con la ingesta de drogas. Los efectos de penalización, lleva a una marginalización de los consumidores y solo logran, desde hace mucho tiempo, inducir a

prejuicios entre la opinión pública. Los ciudadanos son catalogados como “ciudadanos de segunda”, siendo sus derechos fundamentales cercenados en aras de la “Salud” y de la “Seguridad”, derechos como el de autonomía, de no discriminación, privacidad, acceso a la salud, proscripción a cualquier forma de trato cruel son vulnerados con la política prohibicionista, que se encuentra vigente en nuestro país. Desde esta perspectiva, a partir de un análisis de los discursos, las prácticas y los dispositivos institucionales que desde las ciencias de la salud y el derecho toman como objeto a los adictos, se generan interrogantes respecto al rol de los profesionales de la salud mental: Los terapeutas ¿Actúan más como agentes de una política represiva de control social o como agentes de una política sanitaria? ¿Cuál es el papel que los profesionales de la salud están dispuestos a asumir: el de agentes represivos o el de agentes sanitarios? ¿Cuáles son los márgenes legales y éticos que bordean ambas posiciones? (Donghi, 2000).

Por todo esto, y considerando lo dicho sobre la evidencia insuficiente acerca de la efectividad de una terapéutica específica para el tratamiento de este tipo de patologías, hemos llevado a cabo una investigación sobre cuáles son los principales dispositivos que implementan los profesionales expertos a la hora de llevar a cabo atención clínica de adicciones y cuáles son los principales criterios que utilizan al momento de diseñar los dispositivos de atención.

## Modelos

En primer lugar, se presentan dos grandes paradigmas, que a nuestro entender, es el planteo más importante y globalizador, los cuales son el modelo abstencionista y el modelo de reducción de daños.

El Modelo Abstencionista pone especial énfasis en el objeto – la droga - como causa del problema adictivo. Lograr la abstinencia es una condición del tratamiento. Es una condición retirar el consumo de sustancias par poder entrar a un tratamiento. Es el primer objetivo de un tratamiento abstencionista. Es un modelo que podemos encontrar en las comunidades terapéuticas, sobre todo, en las comunidades cerradas. “Estas comunidades tienen determinadas reglas que, si se transgreden, tienen sanciones” (Landaburu, 2007)

Se podría pensar la intervención desde el control de la oferta y este Modelo Abstencionista tiene que ver con ese control. Porque se piensa que, en caso de sustraer el objeto, se lo puede controlar y así se piensa como una estrategia para la mejoría de una persona.

Este modelo condiciona a la persona al futuro logro de la abstinencia. Si a lo largo de un tratamiento, una persona consume, se lo plantea como recaída. (Landaburu, 2007).

Dentro del Modelo Abstencionista, realizando a su vez una comparación con el Modelo de Reducción de Daños: encontramos el testimonio de uno de los entrevistados que señala lo siguiente: *“Acá que usamos un modelo abstencionista, en los últimos años se ha hecho cada vez más difícil de sostener. Bueno vos que estuviste en Plan B, ahí usan el modelo de reducción de daños, que lo que plantean es que el consumidor, tenga en cierta forma, un consumo responsable, que el consumo, no interfiera con su vida social productiva. Y...yo diría que en los últimos años, se ha ido imponiendo el modelo de reducción de daños.” “Nosotros buscamos que alcancen la abstinencia absoluta, no tienen que estar con personas que consumen, etc, y hoy está tan extendido el consumo de marihuana, que se complica la abstinencia.”*(entrevistado 3).

En contraposición al Modelo Abstencionista y refiriéndose a la eficacia del impacto de la intervención, otro entrevistado indica: *“Hay que ver cuando hablamos de eficacia, de qué criterios usamos...no tiene que ver con la abstinencia. Depende los criterios que establezcamos...cuánto tiempo lleva el paciente, tipo de consumo, tiempo de consumo”* (entrevistado 4).

El paradigma de reducción de riesgos y daños, categoría perteneciente al campo de las políticas sanitarias y sociales, interpela críticamente los modelos abstencionistas hegemónicos sobre el fenómeno social del uso de drogas “propiciando la invención de



dispositivos, prácticas e intervenciones flexibles y alternativas a la abstinencia obligatoria que se inscriben precisamente en el reconocimiento de las complejas relaciones de los sujetos con los nuevos modos de gozar en la cultura y en la línea de evitar daños mayores". (Quevedo, 2007)

Por ello, desde esta estrategia de objetivos intermedios a la abstinencia, es posible propiciar una gama de alternativas que recorren un amplio espectro desde la adopción de prácticas menos dañinas - pasaje de sustancias más tóxicas a menos tóxicas, cambio de vía de administración, reducción del policonsumo, regulación de dosis y frecuencia -, oferta de dispositivos de tratamiento de umbral mínimo de exigencia- que no establezcan como precondition para el inicio del tratamiento la exigencia de privación de sustancias-, hasta la inclusión en dispositivos de mayor exigencia tales como los tratamientos de sustitución exclusivamente destinados a los usuarios de opiáceos y opioides.

En el proceso de adopción de prácticas de disminución de riesgos será imprescindible realizar la deconstrucción de discursos y significaciones sociales segregativas acerca de las drogas y los usuarios (Quevedo, 2007).

La historia de la reducción de daños en el terreno de las drogas se inicia en los años 70 (Heather; Wodak; Nadelmann; O'Hare; 2004). Al final de los años 60 y principio de los 70, algunos servicios de drogodependencias de Londres iniciaron dinámicas educativas sobre técnicas de inyección dirigidas a los consumidores e instalaron salas en las que sus clientes podían inyectarse. Es necesario discriminar entre riesgo y daño aunque muchas veces se usen como sinónimos. Riesgo se refiere a la posibilidad de que un evento ocurra; el daño puede ser visto como el evento en sí o como algo con relación a él (Heather, Wodak, Nadelmann & O'Hare, 2004). Pueden darse momentos en los que escojamos atender a las vías de reducción del riesgo pero esto sólo se dará cuando pensemos que esto puede ser el medio más útil para controlar el potencial daño. Hasta cierto punto, el riesgo podría ser visto como un sucedáneo del daño acaecido (o que probablemente acaecería), de nuevo en los ámbitos individual, comunitario o social. Uno de los problemas existentes con relación a la evaluación del daño es que éste puede ser difícil de medir directamente. Por ejemplo, puede haber una relación compleja entre el comportamiento original y el daño manifiesto, que puede aparecer mucho más tarde (por ejemplo: varios años después), que puede ocultarse deliberadamente (por ejemplo: como resultado del estigma asociado con las enfermedades de transmisión sexual), o que puede ser muy evidente pero darse en poblaciones ocultas (por ejemplo: entre las prostitutas o entre los grupos que no tienen un acceso ortodoxo a los cuidados de salud). Los tipos de relación que pueden observarse entre la conducta de tomar drogas y el daño

son los siguientes (Heather, Wodak, Nadelmann & O'Hare, 2004) Algunos relacionados con la propia sustancia (derivados del simple uso de la droga) tales como algunos tipos de daños hepáticos y cerebrales asociados al consumo de alcohol o barbitúricos. Otros son asociados con la técnica de uso de drogas (por ejemplo: la parafernalia utilizada), tales como la hepatitis B o la infección por VIH proveniente de compartir el equipo de inyección, o la asfixia del individuo inhalador de aerosoles debido al espasmo de laringe que se produce por la reacción al frío en la parte de atrás de la garganta. Podría haber, además, al menos un tipo más de relación identificable, en el que el daño es asociado con el contexto en el que la droga es consumida: por ejemplo, los accidentes de circulación en estado de embriaguez (Heather, Wodak, Nadelmann & O'Hare, 2004)

Con respecto al modelo de reducción de daños, uno de los entrevistados señala: *"Trabajamos con el modelo de reducción de daños/riesgos, aunque al paciente no le decimos eso, porque sino no se toma la intervención en serio y no busca la abstinencia"* (entrevistado 1). En una línea similar, otro entrevistado plantea: *"En cuanto a las debilidades, estamos tratando de que los más jóvenes, los que tienen entre 13, 14 años entiendan, que la reducción del consumo, no tiene que ver con un permiso, porque muchas veces, cuando empiezan a estar mejor en la escuela, con la familia, vuelven a fumar, entonces lo que les pedimos, es que traten que el consumo se acerque a cero, más allá de que la abstinencia no sea una condición para el tratamiento."* (entrevistado 2)

# Capítulo 2

## Sistema local de Atención

## **Sistema de servicios de atención a las adicciones**

El sistema de servicios de atención a las adicciones de Mar del Plata está organizado en base a una oferta de dispositivos que se caracterizan por presentar una diversidad de criterios, que se incluyen en las categorías más amplias de criterios biomédico, criterios psicológicos, y criterio institucional-comunitario. Estos dispositivos son heterogéneos no sólo en relación a sus criterios, sino que corresponden a los tres sectores de la sociedad – público, privado y no gubernamental-, a la jurisdicción dentro de los públicos –nacional, provincial, municipal-, al equipo de profesionales que trabajan en esos dispositivos – médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales-. Volviendo a los criterios, es importante destacar la preeminencia de algunos de estos en algunos dispositivos más que en otros, y además la predominancia dentro del criterio psicológico, de algunos sistemas psicológicos por encima de otros. Por otra parte, hay algunos criterios compartidos por todos los dispositivos mientras que otros sólo se presentan en algunos. En el primer caso, el grupo terapéutico, incluido en el tipo institucional-comunitario, se encuentra presente en todos los dispositivos, mientras que en el segundo caso, se puede encontrar el criterio biomédico, el cual sólo se encuentra presente en una minoría de casos, debido a la falta de un médico psiquiatra.

Es necesario destacar que para llegar a estas consideraciones fue necesario seleccionar casos, en las que se asumió como criterio de selección que pertenecieran a diferentes instituciones en cuanto a su proveniencia del sector público, privado, y tercer sector u ONGs.

Además, fue necesario para el relevamiento de los datos, diseñar un protocolo de entrevista que apuntara a recabar la información necesaria para el cumplimiento a posteriori de los objetivos de la presente investigación. A partir del contacto con las distintas instituciones y los distintos profesionales y/o responsables de ellas y a través de este medio (entrevista), se recabaron datos acerca del rol que cumplían las personas que se desempeñan en estas instituciones y su formación, acerca del perfil de los pacientes en cuanto a género, condición socioeconómica, edad, tipo de consumo. Se obtuvo una visión de la problemática de las adicciones en relación a este perfil mencionado. Se pudo caracterizar los distintos tipos de intervención, llevados a cabo, y la eficacia de su impacto, así como las fortalezas y las debilidades que manifiestan. Por último, se recolectó información acerca de una visión global de las adicciones por parte de los entrevistados.

A partir de los datos recabados, se realizó un análisis intracategoría e intercategoría, para arribar a los objetivos particulares: caracterizar los principales dispositivos clínicos de

atención a las adicciones; e identificar criterios que emergen de esos dispositivos; reconstruir una tipología que represente tanto los dispositivos como los criterios y sus combinaciones; que permitieron concluir en el objetivo general que postulamos en la presente investigación: describir los criterios utilizados en el diseño de dispositivos clínicos de atención a las adicciones.

Las categorías utilizadas para el análisis intracategoría fueron las siguientes: perfil, en referencia al género (proporción varones/mujeres que arriban a los diferentes dispositivos), edad (franja etaria, edad de inicio, edad de demanda de tratamiento), condiciones socioeconómicas (accesibilidad a tratamiento, predominancia de alguna clase social), tipo de consumo (clase de sustancias, preeminencia según zonas geográficas); visión de adicciones en relación al perfil (características de la problemática vinculada al paciente); formación específica (presencia/ausencia de educación formal en la problemática); características de la intervención (abstinencia/reducción de daños, tratamiento ambulatorio/internación, unidisciplinario/multidisciplinario/interdisciplinario, tipos de actividades); eficacia del impacto de la intervención (cuantitativo/cualitativo, parámetros de eficacia); problemática de las adicciones en general (visión global de las adicciones de los entrevistados); fortalezas y debilidades (aspectos negativos y positivos de los dispositivos).

A partir de las categorías citadas se realizó un análisis intercategoría en el que se elaboraron dos relaciones: criterios-formación-atención, y dispositivos de atención-fortalezas y debilidades. Dentro de la primera, se estableció la relación entre la formación y las modalidades de atención; la relación entre el sector en el que desempeñan su función y la formación profesional; la relación entre las distintas formaciones profesionales/no profesionales (adictos recuperados, operadores), y los criterios; y la relación entre los criterios y los niveles de atención. Dentro de la segunda, se estableció la relación entre las fortalezas/debilidades y los dispositivos; las fortalezas destacadas en general por los entrevistados; y las debilidades destacadas en general por estos últimos.

## **Datos sobre la problemática de las adicciones a nivel nacional**

### **Magnitud del consumo**

Al igual que en casi todos los países de América y Europa, el consumo de tabaco y alcohol, alcanzan las prevalencias más altas, seguida por el consumo de marihuana.

El porcentaje de personas que siendo consumidoras de marihuana en los últimos 12 meses presentan signos y síntomas de dependencia son casi el 18%. Cada 100 usuarios varones, 20 presentan problemas de uso compulsivo, tolerancia y síntomas de abstinencia, en tanto que entre la mujeres la relación es menor. El consumo de marihuana en general se caracteriza por ser ocasional (algunas veces durante los últimos 12 meses o algunas veces mensualmente) 54,7% y frecuente (un consumo semanal, ya sea de varias veces en la semana o diariamente) 37,7%. El consumo experimental (de una sola vez) representa un 6,8%. Entre los adolescentes, casi un 21% tiene uso frecuente. Esta modalidad de uso es más característica de la población de 25 años y más, superando el 43%. En tanto, en todos los grupos de edad predomina el consumo experimental y con más peso entre los más jóvenes (13,3%).

En el caso de la cocaína, la modalidad de consumo es ocasional en más del 54% de los usuarios y frecuente para el 35,1% de ellos. La población mayoritariamente consumidora de cocaína de los últimos doce meses tiene entre 12 y 49 años.

### **Asociación entre consumo y percepción de riesgo**

La percepción de riesgo está asociada a un mayor o menor consumo.

En efecto, cualquiera sea la frecuencia de consumo por la cual se pregunte, el grupo de población que considera que ese consumo no trae aparejado ningún riesgo, presenta una prevalencia de marihuana de 13 y 29 puntos porcentuales más que el grupo que considera que el consumo es de gran riesgo.

Lo mismo se observa respecto del consumo de cocaína, mientras que la prevalencia de quienes consideran de gran riesgo el consumo experimental es de 0,4%, asciende al 2,3% entre quienes lo evalúan de ningún riesgo. Respecto del consumo frecuente, las prevalencias difieren poco.

### **-Edad de inicio / Alcohol y tabaco**

La edad de inicio promedio en el consumo de tabaco se ubica aproximadamente en los 17

años al igual que la del alcohol. Y para ambas sustancias, la edad de inicio es inferior en los varones.

### **-Marihuana y cocaína**

El consumo de marihuana y de cocaína tiene una edad promedio de inicio a los 19 años. En ambos casos, los varones se inician primero que las mujeres.

### **-Tranquilizantes sin prescripción médica**

La edad de inicio promedio en el consumo de tranquilizantes sin prescripción médica se ubica alrededor de los 28 años, y los varones lo hacen aproximadamente a los 26 años mientras que las mujeres a los 30 años.

### **Probabilidad de consumo**

La probabilidad de consumo, a diferencia de la curiosidad, indica con mayor precisión el porcentaje de personas que serían potenciales consumidores, porque indaga sobre la probabilidad de consumo de tener la ocasión. Son las respuestas positivas (puede ser y si) a la pregunta: Si tuvieras la ocasión, probarías. Un 6,1% de la población consumiría drogas si tuviera la ocasión, aunque sea de modo experimental. Esta probabilidad de consumo es mayor entre los varones, el 8% frente al 4,4 % de las mujeres.

### **Indicadores de vulnerabilidad**

#### **-Percepción de facilidad de acceso**

En primer lugar, marihuana es la droga de mayor percepción de facilidad de acceso, seguida por cocaína.

En segundo lugar, los varones tienen una mayor percepción de facilidad de acceso en marihuana y cocaína, que también se corresponde a un mayor consumo.

#### **-Asociación entre el consumo y el entorno**

Es clara la asociación entre consumo y entorno, más aun cuando se trata de familiares o pares que consumen drogas, tal como se observa a continuación:

Prevalencia (%) de año según cantidad de amigos o familiares que se emborrachan:

| <b>Prevalencia de año</b> | <b>Ninguno</b> | <b>Dos o más</b> |
|---------------------------|----------------|------------------|
| Tabaco                    | 26,4           | 37,4             |

|                      |      |      |
|----------------------|------|------|
| Alcohol              | 52,6 | 65,0 |
| Solventes/Inhalantes | 0    | 0,2  |
| Marihuana            | 1,4  | 7,5  |
| Cocaína              | 0,3  | 2,1  |

Prevalencia (%) de consumo de último año según cantidad de amigos o familiares que consumen drogas tales como la marihuana o la cocaína:

| Prevalencia de año   | Ninguno | Dos o más |
|----------------------|---------|-----------|
| Tabaco               | 25,7    | 47,0      |
| Alcohol              | 52,2    | 78,5      |
| Solventes/Inhalantes | 0       | 0,4       |
| Marihuana            | 0,4     | 18,9      |
| Cocaína              | 0,2     | 4,4       |

### **-Oferta de drogas**

Se observa un importante volumen de población que reconoce haber recibido oferta directa de marihuana y cocaína (20,5% y 10,5% respectivamente) ya sea para consumir o probar. La oferta directa de pasta base y éxtasis es menor, un 3% de la población declara sobre éstas.

### **Policonsumo**

El 20.6% de los usuarios de alguna droga en el último año son poli consumidores, involucrando a dos drogas preferentemente. En los varones el uso combinado alcanza al 22.4% y en las mujeres es menor, el 16%.

El policonsumo está presente en alrededor del 20% de la población más joven, alcanzando entre los usuarios de 35 años y más una proporción mayor del 24%.

La composición del policonsumo involucra a la marihuana como droga de mayor consumo, además de caracterizar el mono consumo en un 69,2% de los usuarios.



## **Selección de casos**

Para la selección de los entrevistados, se intentó abarcar los distintos sectores: público, privado y ONG, a partir del contacto con distintas instituciones pertenecientes a los mismos. Este último fue realizado de forma personal o por vía telefónica, pautando en dicha instancia, día y horario para la entrevista, a partir de la cual se realizó el relevamiento empírico de los datos.

Es pertinente destacar la buena predisposición que presentaron la mayoría de las instituciones para realizar las entrevistas correspondientes para el trabajo de campo de la presente investigación.

Finalmente, concluimos relevando los siguientes entrevistados:

Entrevistado 1: asistente social, sector público.

Entrevistado 2: médico psiquiatra, sector privado.

Entrevistado 3: Lic. en psicología, sector público.

Entrevistado 4: Lic. en psicología, sector privado.

Entrevistado 5: adicto recuperado, tercer sector (ONG)

Entrevistado 6: Lic. en psicología, sector privado.

Entrevistado 7: Lic. en psicología, sector privado.

Entrevistado 8: Lic. en psicología, sector privado.

Entrevistado 9: Lic. en psicología, sector público.

# Capítulo 3

## Análisis

### de Entrevistas

## **Análisis intracategoría**

### **Perfil de pacientes**

Género: mayor número de varones. Las mujeres tienen una rehabilitación más compleja (posible tema para una posterior investigación) y también disponen de una menor oferta de tratamiento, debido a que cuentan con menos comunidades terapéuticas para su atención.

A su vez, otra explicación de porqué llegan menos mujeres a tratamiento o su número de consumidoras sea menor, es que cuentan con mayor contención familiar y en el caso de las abusivas, se contienen de consumir ante cuestiones vitales como el embarazo y la maternidad.

Edad: la edad de inicio varía según las instituciones y los entrevistados, desde los 9 a los 15 años, mientras que ocurre lo mismo, con el extremo opuesto de edades, siendo este de entre 40 y 70 años.

Por último, se observa un promedio de edad superior, en el primer acercamiento de pedido de ayuda, en el caso de los alcohólicos, los cuales por este motivo, llegan muy deteriorados.

Condiciones socioeconómicas: las adicciones atraviesan todas las clases sociales, pero en el caso de los entrevistados, predominan la clase media y media-baja. Siendo de importancia para el acceso al tratamiento, si las instituciones cuentan con convenios estatales y aceptan obras sociales.

Tipo de consumo: en general se observa el policonsumo, pero predominan la cocaína, marihuana y alcohol. Pudiendo hacer una distinción de su preeminencia según zonas geográficas: zonas rurales, alcohol; zonas costeras (Mar del Plata y zona), cocaína y marihuana; conurbano bonaerense, paco.

### **Visión de adicciones en relación al perfil**

Se trata de un problema complejo, en la cual la influencia de lo social es muy importante. Hay consideraciones en señalar esto último como una cuestión de época (condiciones sociales actuales, vacío de valores que pongan límites, configuración de la familia,

costumbres, rituales sociales, significantes que la sociedad determina como ideales, carencia de figuras que limiten, desanudamiento del lazo social).

Por otra parte, se observa que la atención a las adicciones llega con demoras, presentándose desfase entre el problema y su tratamiento, siendo el mismo en promedio, de 5 a 10 años.

### **Formación específica**

En general, no se encuentra una especialización formal sino conocimientos adquiridos a través de la experiencia en atención a las adicciones.

### **Características de la intervención**

En la mayoría de los casos la abstinencia no es el objetivo primordial de los tratamientos, siendo este dato concordante con lo propuesto por el modelo de reducción de daños/riesgos, el cual parece ganar terreno en la actualidad.

Los tratamientos son ambulatorios y también de internación. En su mayoría, se trabaja interdisciplinariamente. Además, salvo excepciones, en el caso de la internación, se trabajan en forma simultánea, las áreas individual y grupal, haciendo foco en la formación de hábitos de conducta, en la convivencia, en la realización de actividades diarias, tanto aquellas dirigidas al mantenimiento del centro de internación como aquellas de índole recreativa, a través del desarrollo de talleres (teatro, canto, educación física).

### **Eficacia del impacto**

Cuantitativamente la eficacia es baja: entre el 10% y 15%.

En términos cualitativos, hay coincidencias en que al egresar del tratamiento, la persona se encuentra mejor porque a partir de ese momento cuenta con una “caja de herramientas” con la que no disponía antes (autovalía y pedido de ayuda ante recaídas, poder interactuar de una manera más saludable, ponerle palabras a lo que le sucede).

Sin embargo, también se coincide en que la eficacia, depende de la perspectiva desde la cual se la aborde o de los parámetros desde los cuales se la considere.

### **Problemática de las adicciones en general**

En una sociedad de consumo, la droga es un objeto de consumo más. Además, vivimos en una época y una sociedad donde no hay límites, no hay modelos o ídolos “saludables” a seguir, se han desautorizado instituciones (por ejemplo, la escuela) donde los límites son cada vez más difusos y la transmisión de valores difícil. A estos factores, se le suman el desempleo y en relación al mismo, el ocio improductivo. En adhesión, se encuentra la ausencia del Estado ante esta problemática, el cual no aporta recursos. En lo antedicho concuerdan en general todos los entrevistados

Con respecto a la clasificación de la adicción, no hay acuerdo entre los diversos entrevistados. Algunos la consideran una patología, otros no la toman como una categoría diagnóstica sino como una compulsión, como la consecuencia de la historia singular de un sujeto. Por último, otros consideran ciertas drogas (paco) creadas adrede, para excluir aún más a los ya marginados.

Por último, todos coinciden en que no cualquier persona termina siendo adicta. Para esto último, se destacan determinados argumentos, entre ellos, que hay un tipo de personalidad para cada droga, que la adicción es una más entre las demás cuestiones del sujeto, que la droga es la consecuencia de una historia particular, que se trata de un desorden narcisista.

### **Fortalezas y debilidades**

En cuanto a las fortalezas predominan el trabajo interdisciplinario, la actualización constante de conocimientos sobre la problemática, la experiencia del trabajo conjunto del equipo, el trabajo personal y especializado.

En cuanto a las debilidades se destacan, la falta de recursos del Estado, la falta de personal y su concomitante sobrecarga laboral, la falta de supervisión, la rigidez institucional, la falta de contención por parte de las autoridades gubernamentales, la falta de articulación entre instituciones.

### **Conclusiones del análisis intracategorías**

A partir del análisis intracategorías, se puede concluir que en cuanto al perfil de pacientes, predominan varones, con un rango de edad muy amplio, que va de los 9 años a los 70, los mismos pertenecen a clases socioeconómicas diversas, y prevalece el policonsumo con preeminencia de ciertas sustancias, como cocaína, marihuana y alcohol.

En cuanto a la visión de la problemática en relación al perfil, se destaca su carácter complejo, el énfasis en lo social y epocal, y el desfasaje entre la problemática, que presentan los pacientes y el arribo, de los mismos al tratamiento.

En cuanto a la formación específica, no se observan de tipo formal, sino más bien experienciales.

En relación a las características de la intervención, se destaca que la abstinencia no es el objetivo primordial del tratamiento. Los tratamientos son ambulatorios y también de internación. En su mayoría, se trabaja interdisciplinariamente.

En referencia a la eficacia del impacto del tratamiento, se observa coincidencia en afirmar que desde el punto de vista cuantitativo, la misma se encuentra entre un 10% y un 15%. Sin embargo, desde el punto de vista cualitativo, más allá de coincidir en el aporte positivo del tratamiento a la problemática, no hay parámetros que concuerden al momento de señalar la eficacia. Mientras que en algunos casos, el parámetro es la elevación de autovalía, en otros, se trata del pedido de ayuda ante recaídas, así como también poder interactuar de una manera más saludable, o ponerle palabras a lo que les sucede.

En alusión a la problemática de las adicciones en general, se la considera relacionada con especial énfasis al aspecto social, y de época. En este sentido, se alude a la sociedad actual de consumo, en la cual la droga se convierte en un objeto más del consumo. Asimismo, se destaca la falta de límites, el ocio improductivo, el desempleo y la ausencia del Estado, como características propias de la sociedad actual.

Por otra parte, no hay coincidencias, en la clasificación de la problemática, mientras algunos la consideran una categoría diagnóstica, otros no. Es decir, mientras que para los primeros se trata de una patología, para los segundos, se trata de una compulsión, como consecuencia de la historia singular de un sujeto. Por otro lado, hay acuerdo en establecer que no cualquier persona finaliza siendo adicta, sin embargo los argumentos para esta afirmación difieren entre los entrevistados.

Por último, entre las fortalezas y las debilidades, se destacan, en referencia a las primeras, el trabajo interdisciplinario, y en referencia a las segundas, la falta de recursos de diferente índole (de personal, estatal, entre otros).

## **Análisis intercategorías**

### **Relación Criterios-Formación-Atención**

#### **Relación formación-atención**

Se podría establecer una relación entre la formación y las modalidades de atención. En primer lugar, ninguno de los entrevistados presenta formación especializada formal en la problemática, sin embargo, aquí es necesario aclarar que la oferta en formación de postgrado en esta problemática es muy limitada. En segundo lugar, aunque se presentan diferentes enfoques de la problemática proveniente de las diferentes profesiones, es la psicología la que predomina en la modalidad de atención de la problemática.

#### **Relación sector (público-privado-tercer sector) – formación**

Se observa una relación entre el sector en el que desempeñan su función y la formación profesional. En el sector público, se observa falta de médicos psiquiatras. En el tercer sector (ONG y Fundaciones), se verifica falta de profesionales de cualquier área.

#### **Relación formación-criterios**

Se observa una relación entre las distintas formaciones profesionales/no profesionales (adictos recuperados, operadores), y los criterios. En los profesionales psicólogos predomina el criterio psicológico con los diferentes sistemas teóricos que lo conforman: humanista, psicoanalítico, cognitivo-comportamental, sistémico-familiar, institucional-comunitario. En los profesionales psiquiatras, se observa un predominio del criterio biomédico. En los profesionales asistentes sociales, se denota un predominio del criterio institucional-comunitario. Por último, en los no profesionales (adictos recuperados), se observa una preeminencia de la espiritualidad/religiosidad incluida en el sistema teórico humanista del criterio psicológico.

#### **Relación criterios-niveles de atención**

Se observa relación entre el criterio psicológico, en sus sistemas institucional-comunitario y humanista (en su rasgo espiritualidad/religiosidad) con el nivel de atención terciario, es decir, establecimientos con condiciones para realizar acciones bajo regímenes de atención cerrada. A su vez, se observa relación entre el nivel de atención secundario, es decir, aquel que brinda acciones y servicios de atención ambulatoria especializado y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo

espontáneo a urgencias, y el criterio biomédico y el criterio psicológico, en este último cobra especial relevancia el sistema cognitivo-comportamental.

### **Conclusiones del análisis intercategorías**

En relación a la tríada criterios-formación-atención, se podría concluir, que ninguno de los entrevistados presenta formación específica formal en la problemática, y que la disciplina que predomina en los dispositivos de atención, es la psicología.

En cuanto a la relación entre sectores y formación, se observa la falta de médicos psiquiatras en el sector público, así como la falta de profesionales en el tercer sector.

En referencia a la relación entre formación y criterios, se manifiesta una relación específica de cada profesión con cierto criterio, así como también de los no profesionales con el criterio espiritualidad/religiosidad.

Por último, haciendo referencia a la relación criterios y niveles de atención, se destaca la relación entre el criterio psicológico y el nivel de atención terciario, así como la relación entre este mismo criterio y el médico y el nivel de atención secundario.

### **Relación Dispositivos-Fortalezas-Debilidades**

#### **Relación fortalezas/debilidades-dispositivos**

Se verifica que los dispositivos que forman parte del sector público, presentan como debilidad la ausencia de médicos psiquiatras y la ausencia de recursos en general. A su vez se observa falta de especificidad de servicios. Los dispositivos que forman parte del tercer sector presentan como debilidad la falta de recursos económicos, debido a que basan su trabajo en el voluntarismo social.

#### **Fortalezas destacadas en general por los entrevistados**

Las fortalezas destacada por la mayoría de los entrevistados es el trabajo interdisciplinario. Sin embargo se podría hipotetizar que la disciplina directriz o predominante en los tratamientos es la psicológica. En este sentido, se podría establecer una preeminencia de los modelos establecidos por esta disciplina (psicológicos) en la base de los tratamientos.

#### **Debilidades destacadas en general por los entrevistados**

La debilidad destacada por la mayoría de los entrevistados del sector público es la falta de



recursos, sobretodo de personal, con la consiguiente sobrecarga del mismo. En este sentido, es importante destacar la falta de supervisiones, las cuales deben ser pagas en forma privada, y un nivel de sueldos bajo. Este último aspecto se relaciona a su vez, con la falta de médico psiquiatra, los cuales, a causa de mejores condiciones laborales, eligen el sector privado.

La debilidad destacada por el tercer sector es la falta de recursos en general.

Otra debilidad compartida por el sector público y privado, es la rigidez institucional, es decir, la falta de flexibilidad en los modos de funcionamiento.

### **Conclusiones**

En cuanto a la tríada dispositivos-fortalezas-debilidades, se destaca la falta de recursos en los dispositivos pertenecientes al sector público, así como en aquellos pertenecientes al tercer sector.

En relación a las fortalezas destacadas por los dispositivos, se manifiesta el trabajo interdisciplinario.

Finalmente, en alusión a las debilidades, se observan en el sector público, y en el tercer sector, la falta de recursos en general. Asimismo, tanto en el sector público como privado, se destaca como debilidad la rigidez institucional.

# Capítulo 4

## Crterios

## **Criterio biomédico**

Al hacer referencia a los criterios biomédicos es importante pensar en que situaciones sería necesaria la intervención de un médico psiquiatra y/o clínico. En primera instancia, se debe destacar que este criterio toma el concepto de salud-enfermedad como la ausencia de síntomas, lo que implica hablar de signos y/o síndromes, tal como se explicita en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Artigas Pallarés, 2011). En este sentido, es importante considerar el abordaje de la patología dual, la cual se define como la coexistencia en un mismo paciente, de un trastorno por uso-abuso de sustancias psicoactivas y cualquier otro trastorno psiquiátrico asociado

El objetivo del proceso diagnóstico es evaluar la posibilidad de que los síntomas psiquiátricos y de sustancias puedan coexistir.

Los pacientes con diagnóstico dual presentan, de forma característica una mayor dificultad de tratamiento y un peor pronóstico.

Los principales trastornos que aparecen junto a la drogodependencia según el orden de mayor presentación son: trastornos de ansiedad, trastornos afectivos, trastornos de la personalidad y trastornos esquizoides. En este punto, es necesario aclarar que estos trastornos tal como se explicitan en el DSM, no suponen enfoques existenciales. Estos últimos, implicarían las siguientes cuestiones: 1° una referencia explícita a una antropología existencial que se propone la superación del planteo positivista de la medicina mental; 2° esto necesariamente lleva a un trastocamiento de las categorías médicas, que se expresa en una semiología minuciosa del síntoma en la búsqueda de relaciones de sentido; 3° el hecho patológico es instalado en un plano discursivo, ya que la estructura mórbida es solo accesible en el relato del paciente; 4° hay una puesta en relación de lo patológico vivencial con la biografía del sujeto, definiendo entonces nuevas categorías: relaciones de comprensión y explicación, diferenciación entre desarrollos y procesos patológicos. (Galende, E, 1983). Mientras que el modelo de trastornos tal como se postulan en el DSM, se configura como un constructo categórico y politético. Categórico significa que los diagnósticos hacen referencia a entidades discretas. Es decir, se marcan límites entre normalidad y anormalidad. Un trastorno comporta alguna 'alteración' en los eslabones que intervienen en la conducta, hasta el punto de generar malestar ('clínicamente significativo'). Se presupone que una alteración genético-estructural-cognitiva, modulada –o no– por factores del entorno, genera un patrón clínico, denominado trastorno. Un individuo puede tener –o no– un trastorno mental, del mismo modo que cualquiera puede ser diabético o no serlo. Obviamente, el trastorno puede ser

más o menos grave, pero existe un límite categórico que marca la condición de padecer o no padecer el trastorno y, en definitiva, entre estar enfermo o sano. Politético significa que cualquier criterio de cada diagnóstico tiene igual peso. Lo que cuenta es el número de condiciones requeridas, sin prioridades y todas igualmente necesarias; por ejemplo, para el diagnóstico de depresión mayor cuenta igual la dificultad para concentrarse durante casi todo el día o tener insomnio que haber llevado a cabo un intento de suicidio. Para la esquizofrenia importa lo mismo tener un lenguaje desorganizado que sufrir alucinaciones visuales. El carácter politético choca frontalmente con el modelo kraepeliniano, que defendía la enfermedad mental como una tipología, identificable según la experiencia y el profundo conocimiento de las manifestaciones clínicas, donde ciertos aspectos son nucleares mientras que otros son secundarios, epifenómenos o derivados. El modelo kraepeliniano trataba de captar la esencia de cada enfermedad mental, del mismo modo que la ictericia en una hepatitis o un soplo pulmonar en una neumonía. (Artigas Pallarés, 2011)

En los pacientes con diagnóstico dual se utilizan diversos tratamientos, entre estos:

**Farmacológicos:** el abordaje psicofarmacológico supone intervención directa sobre la base biológica del problema, sobre el sistema nervioso del paciente, los receptores postsinápticos, y a nivel más complejo se van utilizando también en un sentido compensatorio.

**Psicológicos:** deben ser programados en un período de largo plazo, pues se debe intentar que los pacientes mejoren en su sintomatología psiquiátrica y conseguir una disminución progresiva del consumo de sustancias, donde los tiempos de abstinencia sean los más largo posible.

**Integrados:** trastornos tratados de forma simultánea y por el mismo equipo en ambos trastornos. En la mayor parte de los modelos se utiliza: el manejo de casos, las intervenciones en grupo, el entrenamiento de habilidades sociales, programas educativos con aspectos relacionado con las drogas y con el trastorno psiquiátrico comórbido, intervención sobre la motivación, intervención familiar.

En la misma línea de la patología dual, se presenta la compensación por parte de psiquiatra y/o médico clínico de las dolencias por abstinencia. La abstinencia puede tener dos significados: cuando la palabra se emplea sola, se refiere al período durante el cual

un usuario de SPA (sustancias psicoactivas) no las consume; y, cuando se la emplea acompañada del término «síndrome de», se refiere al conjunto de síntomas, signos y molestias que experimenta un usuario que suspende el consumo. (consejería telefónica). Este último (síndrome), se define, según los criterios del DSM- IV, como la presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o la reducción de su consumo que previamente había sido prolongado o en grandes cantidades. Además, postula que el síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo. (DSM-IV)

“Por último es importante, hacer referencia al concepto de “medicalización”, el cual puede describirse básicamente como un proceso múltiple y variado por el cual “problemas no médicos” pasan a ser definidos y tratados como “problemas médicos”, ya sea bajo la forma de “enfermedades” o “desórdenes”. (Cannellotto, A & Luchtenberg, E, 2008)

Se trata de un proceso que acompaña el desarrollo científico y tecnológico, así como los cambios ocurridos en las condiciones laborales, productivas, culturales y sociales durante las últimas décadas. Un proceso, además, en el que la fragmentación y la exclusión social se reflejan bajo la forma de una falta de acceso a la salud. (Cannellotto, A & Luchtenberg, E, 2008)

En relación al concepto de medicalización, es importante abordar el concepto de trastorno. Este último, fue definido por el DSM-III en 1980 “como una conducta clínicamente significativa o un síndrome psicológico o un patrón que ocurre en un individuo y que se asocia a malestar o discapacidad, el cual refleja una disfunción psicológica o biológica”. (Artigas Pallarés, 2011)

## Criterio psicológico

Al hacer referencia a los criterios psicológicos, es necesario tener en cuenta los distintos marcos teóricos con los cuales se abordan las adicciones. “Cabe aclarar aquí, siguiendo a Di Doménico y Vilanova (2001) que damos por supuesto la existencia de sistemas en psicología, y que entenderemos por ellos visiones globales de la mente humana, del lugar que en su construcción ocupa lo biológico y lo social, de los asuntos centrales de la disciplina y de los métodos para abordarlos.” (González, S & Moya, Luis, s/f)

Es decir, se presupone la vinculación entre la formación teórica y la práctica profesional. De todas formas, es preciso aclarar que esta investigación no pretende explorar ni caracterizar cómo son las vinculaciones entre esos dos órdenes, sino más bien describir taxonómicamente los criterios incluidos en los marcos teóricos de referencia.

Vamos a caracterizar el sistema humanista, el psicoanalítico, el cognitivo-conductual y el sistémico familiar.

**Sistema humanista:** “Desde esta perspectiva el individuo constituye el centro de un campo fenoménico, siendo el mismo quien mejor podría expresar su vivencia, es decir que se entiende el marco interno del individuo como precondition. La personalidad, es definida según autores de la corriente fenomenológica-existencial (Rogers, Allport, Maslow), como un compuesto de aspectos racionales (autoconcepto, simbolización) y de otros emocionales, viscerales y orgánicos. Estos últimos, cuando no logran canalización cognitiva o simbolización generan patologías (Di Doménico & Vilanova, 2001). Cabe destacar que en frontal oposición al paradigma médico, desde este modelo el terapeuta es concebido como facilitador y el abordaje terapéutico implica el sostenimiento de actitudes como la aceptación incondicional, empatía y congruencia.” (González, S & Moya, Luis, s/f)

Por otro lado, es importante tomar en consideración la espiritualidad como un aspecto relevante, cuando se habla de salud mental, debido a que existe numerosa evidencia que demuestra a la espiritualidad/religiosidad como factor protector del abuso de sustancia. Se definirá a la espiritualidad como “1. La necesidad de encontrar sentido, propósito y realización en la vida; 2. La necesidad de esperanza o de voluntad de vivir; 3 la necesidad de creer, tener fe en uno mismo, en los otros o en Dios.” (Rodríguez del Real, 2011). En una revisión de investigaciones, que incluyen más de cuarenta estudios, se reportaron que altos niveles de compromiso religiosos tienen menor riesgo de abusar de alguna

sustancia. “En lo que respecta al tratamiento de abuso de drogas, también existen diferencias significativas de los resultados a favor de la espiritualidad/religiosidad. Por ejemplo, en Estados Unidos el 45% de los participantes en programas de tratamientos ambulatorios con orientación religiosa para adicción al opio están libres de consumo 1 año después versus al sólo 5% de aquellos programas de hospitalizados no religiosos que se ofrecen en los servicios públicos de salud” (Rodríguez del Real, 2011)

Ejemplo de la integración de este sistema en su abordaje, se encuentra en REMAR, debido a que se busca el sostenimiento de actitudes como la aceptación incondicional y la congruencia en la conducta:

*“Tenemos un área espiritual también. Trabajamos en el penal con 400 personas, en la unidad 15 de Batán, 4 pabellones, que intentamos llevarle el evangelio. Les enseñamos que el maltrato físico es pecado, la mutilación es pecado. La adicción te lleva a matar o robar, les enseñamos que hay leyes, decretos, estatutos, mandamientos, basados en la Biblia. Y eso, es como se dice habitualmente, creer o reventar. Les tratamos de transmitir de hacer lo que el señor nos pide.*

*Las personas por lo general viven una vida desordenada, rompiendo leyes, que salen de la Biblia, como las leyes actuales de los juzgados. Por ejemplo, nosotros pensamos que está mal la unión del mismo sexo, esto del matrimonio igualitario, porque es una distorsión de lo planteado en la Biblia.”(Entrevistado 5)*

*“Lo que buscamos es que se aferren a la fe por temor a dios, que practiquen el bien.”*  
(Entrevistado 5)

**Sistema psicoanalítico:** siguiendo a el autor Héctor López (2003), “en la problemática de las adicciones hay algo de la dimensión de un accionar, que está en juego en lugar de la palabra y lo que ocurre en la economía psíquica del sujeto que tiene comportamientos adictivos es una ilusión de que con el consumo del objeto advendrá una rápida satisfacción, ocurriendo una rápida descarga del aparato psíquico frente a una situación que produce angustia.” López plantea que porque hay sufrimiento se recurre a algo que funcione como defensa para lograr transitoriamente la cancelación del dolor, y que como es transitorio, cuando el efecto de la sustancia deja de actuar, aparece el dolor y el circuito se vuelve a poner en movimiento.

En esta línea, es importante tomar en consideración la importancia del diagnóstico psicoanalítico, debido a que, a través del mismo, se revela la implicación causal del sujeto en la producción del síntoma y constituye ya un principio de separación y responsabilización del sujeto, en la medida en que lo extrae de su implicación alienada en

el síntoma. “El *proceso diagnóstico psicoanalítico* consiste en el trabajo por el que el analista se ubica en el campo transferencial del paciente, para hacer posible desde allí una manifestación más nítida del síntoma en tanto expresión de un saber inconsciente que concierne y divide al sujeto que lo padece (Lacan, 1965, citado en Donghi, 2006). El resultado del proceso no es solamente una etiqueta o código diagnóstico, sino una puesta en forma del síntoma en un vínculo transferencial, que supone al menos una experiencia del inconsciente. Definimos como *implicación causal del sujeto* al momento y la operación en que el sujeto advierte que hay una causa cuyo resultado es el síntoma, y que esa causa le concierne, vislumbrando su participación en la producción de ese resultado que es el síntoma (Lacan, 1961, citado en Donghi, 2006). Definimos como *efecto terapéutico característico del tratamiento psicoanalítico* a la transformación por la que el sujeto que se presenta como paciente comienza a responsabilizarse de su situación y de la división que, por falta o exceso de satisfacción, encuentra en su síntoma” (Donghi, 2006)

El sistema psicoanalítico es predominante en varios de los entrevistados.

*“...el adicto presenta una realidad en que el síntoma hace eco de una carencia de presencia de la metáfora paterna, de puesta de límites, de ordenación interna de la estructura familiar, no hay una cabeza que provoque ordenación de estructura, de funcionalidad de roles. Es una especie de libertad que provoca una irrupción de lo primario, de lo reprimido.”*(Entrevistado 6)

*“Esta época favorece el desenganche del otro, del sostén, del lazo social, de lo simbólico. Favorece reemplazar el aplazamiento de la satisfacción y el aumento de lo autoerótico. Hay menos regulación del falo. El falo es un regulador que pone límite. Hay satisfacción cuando hay límite. Lo que hay ahora es un rechazo del límite fálico.”*(Entrevistado 7)

*“La sustancia no es determinante. La causa está en el inconsciente. Hay un sujeto que padece, que tiene una estructura y recurre a un tóxico. Puede ser cualquiera de las tres estructuras clínicas, tiene que ver con cómo se conformó la estructura y el lugar que ocupa el tóxico.”*(Entrevistado 7)

*“En general hay familias abandonicas, ausencia de figuras parentales. Poca construcción de fortaleza yoica. Falta de valores. Superyó lacunar...”*

*Perdona, a qué te referís con lacunar?*

*Es decir, me refiero a un superyo con un vacío de valores que pongan límites. Hay mucho vacío de contención, al extremo de violencia familiar, con abuso, violaciones...”*



(Entrevistado 9)

**Sistema cognitivo-comportamental:** se observan aportes a diferentes dispositivos, se trabajan sobre las ideas irracionales, esquemas disfuncionales, proyecto personal y metacognición.

"La terapia cognitiva parte de la premisa de que los trastornos se producen y mantienen debido a una serie de cogniciones subyacentes distorsionadas y a diferentes errores en el procesamiento de la información. El tratamiento se orienta a corregir tanto esas premisas distorsionadas como los errores cognitivos" (Beck, Wright, Newman & Liese, 1993, citado en Franchi, 2008).

La terapia cognitiva apuntará a lograr la modificación de los pensamientos y las creencias erróneas del paciente y enseñarle diversas técnicas conductuales y cognitivas tendientes a lograr el autocontrol. Se llevan a cabo, entre otras acciones, la identificación y la modificación de las creencias relacionadas con las drogas, se realizan técnicas de relajación, manejo de la ansiedad, control de agresividad e ira, manejo de impulsos, entrenamiento en resolución de conflictos. (Franchi, 2008)

Este sistema se encuentra aplicado en Posada del Inti: *"El tratamiento tiene 3 cuestiones fundamentales, tenemos un espacio de terapia individual una vez por semana, dos grupos terapéuticos por semana y un grupo de convivencia todos los días, que es bien educativo, comportamental, diario, cotidiano, para formar hábitos de conducta..."*

**Modelo sistémico familiar:** "En el campo de las adicciones se vislumbran libros clásicos como: "La familia alcohólica" de Steinglaas (1988), y "Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas" de M.D. Stanton & T. Todd (1985). Estos últimos construyendo un modelo teórico y práctico que ha sido paradigmático del trabajo en adicciones. Por una parte integraron la Terapia Familia Estructural de S. Minuchin con la Terapia Estratégica de Haley y llamaron a su enfoque "Terapia familiar estructural y estratégica" (1985, pág.105-109). Enfatizaron la mutua responsabilidad de la familia y el miembro adicto, en el funcionamiento familiar, desarrollando un método terapéutico que se concentra en la reestructuración jerárquica y en el logro de un distanciamiento óptimo del apego. Afirmaron que una familia se esquematiza, según sus jerarquías y alianzas o coaliciones y que los problemas derivan de una estructura familiar rígida y disfuncional. Asimismo, establecieron que el ciclo vital y curso evolutivo de la familia son importantes para el diagnóstico y diseño del tratamiento. Los psicólogos sistémicos, realizaron notables

aportes sobre fenómenos como la co adicción, además, fueron pioneros en los diseños de investigación y evaluación de tratamientos. (González, S & Moya, s/f)

Este sistema se encuentra expresamente aplicado en SEMDA, donde las reuniones familiares son obligatorias: *"A la familia se la integra desde el diagnóstico o previo a este. A la familia o algún referente, generalmente, es de mejor pronóstico si hay un referente o familia... La figura del referente es muy importante como sostén del tratamiento. Además, a la familia, se la involucra más allá de lo que es el tratamiento. Se trabaja lo vincular, la dinámica familiar."*(Entrevistado 3)

También se lo encuentra en la Posada del Inti: *"...en la intervención hay un tiempo de diagnóstico, en el que se busca que aparezca algo de la demanda. Son 4 entrevistas: una hecha por el operador socioterapéutico, otra por el psicólogo, otra el psiquiatra, y una con la familia. De ahí, se decide el tipo de tratamiento, si es ambulatorio, internación, centro de día..."*(Entrevistado 4)

En la misma línea se encuentra el entrevistado 8, ex trabajadora del Faro: *"En realidad pasa a estar toda la familia en tratamiento, porque pasan a depender de sus horarios (del paciente). Cuando el paciente ya era independiente cuesta bastante, es complicado de nunca estar con la familia a estar todo el tiempo. Al inicio se busca que se adecuen al tratamiento, pautas, normas, una vez interiorizadas esas cuestiones, se busca o lo que yo buscaba era que desarrollen una mejor calidad de vida, en el sentido de que coman las 4 comidas diarias, que duerman la cantidad de horas suficiente, hagan deporte, si estudiaban que terminen los estudios."*

## **Criterio institucional-comunitario**

Para caracterizar el modelo institucional-comunitario primero es preciso definir ambos aspectos. La comunidad, tal como postula Alipio Sánchez Vidal (1991), es: “un sistema o grupo social de raíz local, diferenciable en el seno de la sociedad de que es parte en base a características e intereses compartidos por sus miembros y subsistemas que incluyen: Localidad geográfica (vecindad), interdependencia e interacción psicosocial estable y sentido de pertenencia a la comunidad e identificación con sus símbolos e instituciones.” En esta línea, es importante citar algunas de las características que Maritza Montero (2008) describe acerca de la psicología comunitaria, entre ellas: se ocupa de fenómenos psicosociales producidos en relación con procesos de carácter comunitario, tomando en cuenta el contexto cultural y social en el que surgen; concibe a la comunidad como un ente dinámico compuesto por agentes activos, actores sociales relacionados y constructores de la realidad en la que viven, busca que la comunidad tenga el poder y el control sobre los procesos que la afectan.

Por otra parte, Mezzano (2003) cita a Kaës, él cual establece que las instituciones son: “el conjunto de las formas y las estructuras sociales instituidas por la ley y la costumbre las cuales regulan nuestras relaciones, nos preexisten y se nos imponen. Esto bajo un patrón determinado que tiende a la permanencia y prolongación de un orden imperante, instituido.” En este contexto, es importante caracterizar los métodos utilizados en el abordaje institucional: observación participante: fundamental como instrumento para la comprensión institucional; se le llama participante porque no es posible pensar en una observación sin tener en cuenta la interacción social que conlleva. Buen rapport: establecimiento de un vínculo instrumental (aquel que haga posible el trabajo en común) entre los observadores y los miembros de la organización. Entrevista institucional: el foco de atención estará puesto en aquello que los sujetos pueden informar acerca de la organización a la que pertenecen y que es objeto de indagación. En este punto es importante el concepto de informante clave: miembro de la comunidad que no sólo tiene la información específica más veraz y detallada acerca de la temática en cuestión, sino que está mejor dispuesto a transmitirla, funcionando como un verdadero aliado en el trabajo de indagación. (Mezzano, 2003)

En este punto es necesario postular el aspecto de la participación social en salud. Tal como postula Sanabria Ramos, G. (27 de febrero de 2004) "...en el concepto de la salud como producto social, la participación social es un elemento fundamental para la solución

de los problemas de salud, de manera que se aplica y necesita para acciones inherentes al propio sector salud, pero al mismo tiempo lo trasciende y compromete a toda la sociedad". A su vez plantea: " La participación social en la cogestión de la salud, se entiende como la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud. La participación comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada." En esta misma línea, es importante destacar el concepto de interculturalidad autonómica o empoderamiento, la cual parte del ejercicio de los derechos de los pueblos y comunidades, hacia una relación más equitativa de poder. La salud se deriva de los derechos sustantivos de los pueblos y comunidades respetando sus representaciones sociales (creencias, metáforas, conocimientos, imágenes y actitudes cuya función es definir la identidad y salvaguardar la especificidad del grupo). Promueve la organización de los servicios de salud que surjan de las comunidades; afianza la identidad colectiva y participación en las decisiones desde la organización hasta la implementación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud. Su práctica permite convertir a los sujetos sociales en actores sociales, por lo que busca su inclusión y visibilización. (Cortés Espinosa & Ysunza Ogazón, 2009)

A continuación se presentan citas relativas al criterio en cuestión:

*"Hoy hay discusión en la Subsecretaría porque hay gente que vino políticamente y descubrieron a través de la Ley de Salud Mental que el paciente es un ciudadano pero tampoco se bancan que en una **comunidad** uno es tanto como un paciente. Está en tensión la modalidad de adictos recuperados versus comunidad-profesionalidad.*

*Acá tenemos un punto intermedio, yo digo que nuestro modelo es biopsicosociocomunitario y que es un modelo de intervención interdisciplinario, interinstitucional e intrainstitucional. Por un lado tenemos una concepción pichoniana, de psicología social, con orientación de roles, de comunidad, esa es una de las patas de la comunidad.*

*La otra pata es una mirada psicoanalítica.*

*Sergio, uno de los psicólogos, trabaja con una mirada cognitivo sistémica, que es muy buena para la lectura de lo familiar. Acá tenemos reuniones vinculares a demanda de los*

*pacientes. Se hacen reuniones familiares con un mediador.* "(Entrevistado 9)

En este punto, resulta importante hacer referencia al concepto de grupo terapéutico. Tal como postula Cesio, S, (21 de diciembre de 2002): "integrar un grupo terapéutico implica armar un proyecto compartido con otros; en quienes la persona buscará apoyo, se verá reflejada, podrá disentir con ellos (o le provocará enojo hacerlo), compartirá la vivencia de 'problema' en el sentido que esos 'otros cercanos' (sus compañeros del grupo) también sufren.

Se pone en marcha entonces, un proceso emocional que crece con la progresión del trabajo terapéutico, del incremento de la confianza; de la posibilidad de acceder al conocimiento de sensaciones y sentimientos penosos (propios y de los demás), y acceder al análisis y elaboración de los mismos; con la intervención de un terapeuta especializado en el tema.

La tarea del profesional es acompañar y promover este proceso con intervenciones adecuadas, que estimulan el recuerdo y la comprensión respecto de cuál es el conflicto limitante y productor de sufrimiento."

*"Hay un grupo de mañana en el que se plantea el proyecto diario y uno de noche, en el que se charla de cómo fue el día, si se cumplió el proyecto,...después hay un grupo dinámico que es de sentimiento y convivencia.*

*En el de convivencia, se charlan cosas de acá de la comunidad. Por ejemplo, si hay algo que alguno le molestó lo escribe en un papel y lo pone en este buzón (me lo señala) y después cuando se arma el grupo se leen los papeles, se charla y se ve si el que hizo tal cosa se hace cargo o no, pero tiene que ver con manejar el impulso y simbolizarlo, primero en un papel y luego en el grupo.*

*El de sentimiento, es un grupo donde se trae lo de afuera de cada uno"*(Entrevistado 9)

Aquí se habla de admisión. Lo mismo que te dije recién sobre grupos...

¿Qué características presenta la intervención que llevan a cabo?

*"Sí, es un tratamiento ambulatorio, dinámico y personalizado. Se busca adaptar el perfil del paciente a los recursos con los que contamos en la institución. La admisión la realizan un psicólogo y un operador terapéutico. Ellos diagnostican o evalúan si el sujeto puede hacer el tratamiento acá, con el criterio de que tenga consciencia de la enfermedad o aunque sea tenga un sostén familiar con consciencia de la misma."*(Entrevistado 1)

# Capítulo 5

## Dispositivos

## **Caracterización de los principales dispositivos clínicos de atención a las adicciones**

La adicción a las drogas, con las características que presenta en la actualidad, constituye un fenómeno propio de nuestra época que requiere intervenciones adecuadas y efectivas, debido a que asistimos a cambios en los modos de producir subjetividad (Galende, *Ibíd.*). Entre las adicciones del pasado y las actuales, se encuentran tres diferencias fundamentales: en primer lugar, la disponibilidad y comercialización (sea de tipo legal o ilegal) a lo largo de todo el planeta de sustancias o productos que producen adicciones en los individuos; en segundo lugar, la pérdida del sentido simbólico y del valor cultural que tenían en el pasado muchas de las adicciones actuales, que en aquel contexto se consumían controladamente de un modo normativizado y ritualizado; en tercer lugar, el cambio social que facilita el individualismo, la búsqueda del placer inmediato y la satisfacción de todas las necesidades que piensa el individuo que le son imprescindibles, facilitando con ello caer más fácilmente en las adicciones (Oblitas Guadalupe, 2002). En esta misma línea, se puede establecer, que una de las características básicas de sociedad actual es la sobrevaloración social del consumo (Alberro, 2008). El sujeto queda resumido a consumidor de bienes universales, clausurándose todo tipo de reconocimiento y/o ejercicio de su singularidad. El consumo ilimitado se impone, transformando fines e ideales, y favoreciendo una sorprendente propagación de sensaciones de vacío existencial, apatía y frustración (Galende, 2008). La figura del adicto es factible en el contexto sociohistórico actual, en el que el soporte subjetivo del Estado ha dejado de ser el ciudadano y ha pasado a ser el consumidor (Emanuelli, 2000; Wortman, 2002; Martín Barbero & Ochoa Gautier, 2005). Esto último, se relaciona con un modelo de sociedad excluyente que se ha consolidado en la década de los '90s, en el cual se produjo un proceso de descolectivización de numerosos sectores de la población acompañado por el comienzo de una individualización de lo social, y configurándose, de esta manera, la figura del ciudadano consumidor (Svampa, 2005).

Un abordaje adecuado a este tipo de problemáticas, no puede dejar de lado los procesos de exclusión social ni las comorbilidades, debido a que estos factores contribuyen tanto a la incidencia como a la complejización de los casos actuales.

Por otra parte, la labor de la salud pública es muy difícil, debido a las características propias de la enfermedad, entre las que se destacan, que la población objetivo está clandestinizada, y que la autopercepción de la enfermedad por parte del paciente es prácticamente nula, aspecto que conduce a que la mayor parte de la necesidad no se transfiera en demanda ni se acceda a los dispositivos montados para su atención. En este

marco, la planificación de los servicios sanitarios es mucho más complejo que en otras áreas de la salud.

Asimismo, es importante destacar la coexistencia de múltiples abordajes, que encuentran su fundamento, a partir de dos paradigmas, el de “abstinencia cero” y el de “reducción de daños”. El primero, al que también se denomina modelo abstencionista, pone especial énfasis en el objeto -la droga- como causa del problema adictivo, de lo que se desprende que lograr la abstinencia sea un objetivo principal del tratamiento. En el segundo, no es una condición que la persona deje de consumir en un tratamiento. Se parte del hecho de que esa persona consume, que no puede o no quiere dejar de consumir y que se lo debe ayudar para disminuir los riesgos que puedan estar vinculados al consumo. Tal como plantea la autora Landaburu (2007), en el primer modelo se puede pensar la intervención desde el control de la oferta, debido a que se postula que si se sustrae el objeto, se lo puede controlar y se deriva, de esta manera, en una mejoría para la persona. Es un modelo donde el sujeto tiene poca participación. No es un sujeto tan activo como lo va a plantear el modelo de reducción de daños. Este último, plantea un sujeto activo y responsable de sus prácticas y los riesgos que se derivan de las mismas. Esos riesgos pueden ser: de la salud - como la transmisión de enfermedades -; sociales - la estigmatización, la vulnerabilidad social -; y legales – la tenencia de estupefacientes, por ejemplo, penada por ley -. (Landaburu, 2007). En cuanto al último riesgo mencionado (penalización de tenencia de drogas), se debe destacar la existencia de debates en la actualidad referidos a la legalidad o no de tenencia para consumo personal. Un caso emblemático, es el de Uruguay, cuyo gobierno, en junio de 2012, presentó un plan de "legalización regulada y controlada" de cannabis que dejaría la distribución y comercialización a manos del gobierno.

Por otra parte, la falta de consenso entre los profesionales y la ausencia de unos criterios diagnósticos que permitan la unanimidad, pone de manifiesto un vacío conceptual que dificulta la elaboración de programas de intervención eficaces que mejoren el resultado de los tratamientos. No se tienen certezas ni evidencias definitivas sobre la efectividad de una terapéutica determinada por sobre otras. Debido a esto es esperable que nos encontremos con diversidad de tratamientos y heterogeneidad de criterios a la hora de diseñar dispositivos para su atención clínica: biomédicos, psicológicos, vinculares, familiares y comunitarios. (Mora Sanz, 2009). En este punto, la comorbilidad es otro fenómeno que contribuye a la complejidad de estas entidades, fundamentalmente los casos conocidos como patología dual (Barea & otros, 2010).

A través de la presente investigación, hemos relevado diversidad de dispositivos y a su



vez, diversidad de criterios que emergen de los mismos, inspirando diferentes tipos de acciones terapéuticas, esto es, tal como se hipotetizó en el marco teórico.

Los dispositivos relevados han sido individuales, grupales, comunitarios, profesionalizados, de adictos recuperados (autoayuda o no profesionalizados). Es decir, se encuentran terapias individuales, grupos terapéuticos, grupos de convivencia, tratamientos ambulatorios, de internación en comunidades terapéuticas. En algunos casos, se dispone de grupos interdisciplinarios que cuentan con psicólogos, psiquiatras, psicopedagogas, terapistas ocupacionales, y profesores de disciplinas varias (educación física, teatro, música). En otros casos, sólo se dispone de algunos de estos profesionales (psicólogos preponderantemente), o se interviene con grupos no profesionales (adictos recuperados, operadores sociales, voluntarios, etc).

De estos dispositivos, a lo largo de este trabajo, hemos reconstruido mediante análisis ciertos criterios que podríamos pensar como orientadores u organizadores de las prácticas de atención a las adicciones: biomédico, psicológicos (humanista, psicoanalítico, cognitivo-comportamental, sistémico-familiar) e institucional-comunitario.

El sistema de servicios de atención en Mar del Plata, se podría establecer que se caracteriza, en general, por disponer de dispositivos grupales (dicha característica se relaciona con el logro de cubrir mayor demanda de tratamiento con menor cantidad de recursos) y por ser profesionalizados (la mayoría no dispone de un grupo interdisciplinario y se basan en la atención psicológica). Esto se podría deber a la escasez de recursos asignados a la atención de esta problemática, y a la implementación de los dispositivos mencionados, en el sentido de que son más económicos, en función de cierta efectividad, como se estableció previamente, preeminentemente grupales y con un restringido número de profesionales en relación a la magnitud de la demanda.

En cuanto a la característica de dispositivos grupales, se podría establecer que este es el dispositivo de mayor frecuencia, en la muestra de casos relevados por el presente estudio, del que disponen los centros de atención que dependen del Estado. En esta línea, aquellos que no disponen de recursos económicos, están restringidos a este tipo de intervención, mientras que aquellos que no se encuentran en dicha situación, pueden acceder a una variedad más amplia de tratamientos y tienen la posibilidad de elección de distintos centros o profesionales para su atención. En esta línea, se podría ejemplificar a través de la elección de un tratamiento en una institución privada. El mismo, presenta un elevado costo, el cual, las obras sociales no cubren. La misma situación se presenta en el caso de un tratamiento individual, con psicólogo, psiquiatra y acompañante terapéutico no institucionalizados.

Por otra parte, en los casos estudiados en este trabajo, se podría establecer que el criterio que predomina es el psicológico, con prevalencia, en primer lugar, de los marcos teóricos psicoanalíticos y cognitivo-comportamentales, en segundo lugar, del sistémico-familiar y por último, del humanista. Al abordar el criterio biomédico, se observa la falta de médicos psiquiatras en la mayoría de los tratamientos. Esto se podría deber a que las ofertas de trabajo que reciben los médicos en esta área de atención a la salud, provenientes desde los servicios públicos (a excepción de que sean directamente para trabajos de planta), son superadas por ofertas originadas en el sector privado. En cuanto al criterio institucional-comunitario, se encuentra el grupo terapéutico, como uno de los dispositivos de atención privilegiados; sin embargo, se observa una escasa implementación del modelo social de salud, es decir, tendientes a la promoción (emancipación) de los sujetos de una comunidad (o de la comunidad toda, como sujeto), poniendo el acento en el derecho de los pacientes (en nuestra investigación, de los usuarios de dispositivos que estamos relevando) y en su reinserción social. Las intervenciones desde el modelo social, se llevan a cabo priorizando el trabajo con familias, grupos, redes de soporte social y con las diversas instituciones que lo requieran. Sus actividades se refieren a articular acciones intrasectoriales, interjurisdiccionales e interinstitucionales en los niveles curativos, preventivos y rehabilitadores en salud mental, desarrollar programas y actividades de promoción y prevención en salud mental, así como epidemiológicos, de formación e investigación (Ferreyra, 2009).

# Capítulo 6

## Tipología

**Dispositivos públicos mixtos:** aquellos ofrecidos por el Estado provincial o municipal y que disponen de dispositivos individuales y grupales. En esta categoría se encuentran el Centro Provincial de Atención a las Adicciones (CPA) y el Servicio Municipal de Atención a las Adicciones (SEMDA). Los pacientes que atienden son en su mayoría varones. Ambas instituciones coinciden en que las mujeres se presentan en menor medida a pedir ayuda pero cuando acuden a los servicios, en general son casos más complejos que los de los varones, en cuanto a la dificultad de su rehabilitación. En referencia a la edad, esta es variada, pero predominan individuos de entre 20 y 30 años. En cuanto al nivel socioeconómico de los pacientes, este es variado aunque predominan aquellos de clase media y media-baja. En cuanto al tipo de consumo, el mismo es un policonsumo aunque predominan la cocaína y el alcohol. Ambas instituciones cuentan con personal profesionalizado, entre los que se incluyen psicólogos, trabajadores sociales, terapeuta ocupacional, operadores terapéuticos, psiquiatra, abogado, profesor de educación física y médico clínico aunque por otra parte, ambas instituciones señalan la falta de personal como una debilidad en sus servicios de atención. Se consensua en el hecho de que la eficacia (en términos cuantitativos) de la intervención que llevan a cabo es muy baja, sin embargo, también se establece que mundialmente es así. Por otra parte, en términos cualitativos, se toman en cuenta parámetros diversos de eficacia. Por último, ambas instituciones difieren en el paradigma o modelo en que basan sus dispositivos. Mientras que SEMDA remite a un modelo abstencionista, el CPA lo hace a un modelo de reducción de daños.

**Dispositivos privados mixtos:** aquellos ofrecidos por instituciones privadas que combinan dispositivos individuales y grupales. En esta categoría, se incluye Plan Be y la Posada del Inti. En cuanto al tipo de pacientes que atienden, predominan varones y se vuelve a repetir la argumentación manifestada en la tipología precedente, de que se presentan menos mujeres a tratamiento y además este último, en el caso de las mujeres, es mucho más complejo. En referencia a la edad, esta es variada, aunque predominan individuos de entre 20 y 30 años. En cuanto al nivel socioeconómico, a excepción de la Posada del Inti, que presenta convenios con el Estado, y por tal motivo es de más fácil acceso a pacientes de clase media-baja, las dos restantes instituciones atienden predominantemente a sujetos de clase media, media-alta y alta. El tipo de consumo predominante es el policonsumo aunque al igual que en la tipología precedente predominan cocaína y alcohol. Todas estas instituciones cuentan con personal profesionalizado, entre los que se incluyen, psicólogos, psiquiatras, operadores

terapéuticos, asistente social, terapeuta ocupacional, psicopedagoga y profesores de talleres de canto, teatro y educación física. La eficacia de la intervención en términos cuantitativos es del 15% pero no hay un consenso en cuáles son, en términos cualitativos, los criterios sobre los que se basa la eficacia.

**Tercer sector grupal:** entidades sin fines de lucro, no privadas y no gubernamentales, que disponen de dispositivos grupales. En esta categoría se encuentra a REMAR. En cuanto al tipo de pacientes que atienden, se trata de sujetos de entre 13 y 50 años, consumidores de paco y cocaína. Esta institución no cuenta con profesionales, sino que se trabaja con adictos recuperados, que transmiten su experiencia a los pacientes internados y los contienen durante la internación. Se cuenta con tareas de la casa (donde se encuentran internados) que todos deben cumplir. El nivel socioeconómico de los pacientes es bajo, debido a que el servicio que ofrecen es totalmente gratuito, a excepción del pasaje de larga distancia en micro al lugar donde se encuentra la comunidad terapéutica. Esto último, es una condición esencial del tratamiento para la institución a la que se está haciendo referencia, debido a que consideran de vital importancia, la separación del sujeto adicto de su entorno familiar y social, para que el dispositivo funcione de manera efectiva.

# Consideraciones Finales

Tal como se postuló al comienzo de la presente investigación, a partir de establecer los objetivos particulares, se intentó, en primer lugar, dar respuesta al objetivo de caracterizar los principales dispositivos clínicos de atención a las adicciones. Los mismos, se podría establecer que son individuales, grupales, comunitarios, profesionalizados, de adictos recuperados (autoayuda o no profesionalizados). El sistema de servicios de atención en Mar del Plata, se caracteriza, en general, por disponer de dispositivos grupales (dicha característica se relaciona con el logro de cubrir mayor demanda de tratamiento con menor cantidad de recursos) y por ser profesionalizados (la mayoría no dispone de un grupo interdisciplinario y se basan en la atención psicológica). Esto se podría deber a la escasez de recursos asignados a la atención de esta problemática, y a la implementación de los dispositivos mencionados, en el sentido de que son más económicos, en función de cierta efectividad, como se estableció previamente, preeminentemente grupales y con un restringido número de profesionales en relación a la magnitud de la demanda. En cuanto a la característica de dispositivos grupales, se podría establecer que este es el dispositivo de mayor frecuencia, en la muestra de casos relevados por el presente estudio, del que disponen los centros de atención que dependen del Estado. En esta línea, aquellos que no disponen de recursos económicos, están restringidos a este tipo de intervención, mientras que aquellos que no se encuentran en dicha situación, pueden acceder a una variedad más amplia de tratamientos y tienen la posibilidad de elección de distintos centros o profesionales para su atención.

En esta línea, otro objetivo al que se intentó dar respuesta, son los criterios que emergen de los dispositivos previamente descriptos, los cuales son el biomédico, el psicológico (humanista, psicoanalítico, cognitivo-comportamental, sistémico-familiar), y el institucional-comunitario. En este punto, es de relevancia mencionar, que el criterio que predomina es el psicológico, con prevalencia, en primer lugar, de los marcos teóricos psicoanalíticos y cognitivo-comportamentales, en segundo lugar, del sistémico-familiar y por último, del humanista. Al abordar el criterio biomédico, se observa la falta de médicos psiquiatras en la mayoría de los tratamientos. Esto se podría deber a que las ofertas de trabajo que reciben los médicos en esta área de atención a la salud, provenientes desde los servicios públicos (a excepción de que sean directamente para trabajos de planta), son superadas por ofertas originadas en el sector privado. En cuanto al criterio institucional-comunitario, se encuentra el grupo terapéutico, como uno de los dispositivos de atención privilegiados; sin embargo, se observa una escasa implementación del modelo social de salud, es decir, tendientes a la promoción (emancipación) de los sujetos de una comunidad (o de la comunidad toda, como sujeto), poniendo el acento en el derecho de los pacientes (en

nuestra investigación, de los usuarios de dispositivos que estamos relevando) y en su reinserción social.

Por último, se buscó dar respuesta al objetivo de reconstruir una tipología que represente tanto los dispositivos como los criterios y sus combinaciones. En este punto, se arribó a dispositivos públicos mixtos, los cuales, son aquellos ofrecidos por el Estado provincial o municipal y que disponen de dispositivos individuales y grupales; a dispositivos privados mixtos, que hacen referencia a aquellos ofrecidos por instituciones privadas que combinan dispositivos individuales y grupales; y por último, a dispositivos del tercer sector grupal, entidades sin fines de lucro, no privadas y no gubernamentales, que disponen de dispositivos grupales.

A partir del cumplimiento de los objetivos particulares establecidos al principio de la presente investigación, se llegó al objetivo general, el cual establece: “describir los criterios utilizados en el diseño de dispositivos clínicos de atención a las adicciones”.

Por último, es necesario destacar, que a partir del avance del narcotráfico en nuestro país, se torna preciso indagar cuál será alcance de los dispositivos relevados de atención a las adicciones, en un futuro cercano.



## **Bibliografía**

- Alberro, M. (2008): Prevención y atención de las adicciones en el CPA de Mar del Plata. Un estudio de caso. Tesis de Grado. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Artigas Pallarés, J. (2011). ¿Sabemos qué es un trastorno? Perspectivas del DSM 5. *Revista de Neurología 2011; 52 (Supl 1): S59-69.*
- Barea, J. y otros (2010) "Estudio sobre aspectos etiológicos de la patología dual". En *Revistas Adicciones. SOCIDROGALCOHOL: Barcelona. Vol. 22 Nro. 1.*
- Cannellotto, A & Luchtenberg, E. (2008). Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión.
- Cesio (21 de diciembre de 2002): "¿Qué es un grupo terapéutico? ¿Cómo es la modalidad de su funcionamiento?" Extraído el 18 de mayo de 2012 desde <http://www.enigmapsi.com.ar/grupoter.html>
- Consejería Telefónica. Capítulo 3. Área de Trabajo N° 1. Abuso y Dependencia de Sustancias Psicoactivas
- Cortés Espinosa, L. & Ysunza Ogazón, A. (2009). *Diálogo de saberes médicos y tradicionales en*
- Donghi, A. (2006). Aportes del proceso diagnóstico psicoanalítico al tratamiento de las adicciones en ámbitos hospitalarios. *Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de Investigaciones / volumen XIV / Año 2006.*
- Dossier de confluencias N° 65 - Abril de 2009
- DSM-IV. Criterios para el diagnóstico de adicción.  
*el contexto de la interculturalidad en salud. CIENCIA ergo sum, Vol . 16- 3, noviembre 2009- febrero 2010. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México. Pp. 293 - 301.*
- Emanuelli, P. (2000) "Sociedad actual e imaginarios: el marco que 'influye-construye' las instituciones actuales". En *Revista Latinoamericana de Comunicación social. La laguna: Tenerife. Año 3ro Nro. 29.*
- Ferreira, P. (2009). Trabajo Social Comunitario y Salud Mental. En
- Franchi, C. (2008,18 de julio). *Drogadependencia y tratamiento cognitivo-conductual.* Extraído el 24 de mayo de 2012 desde <http://www.principiounico.com.ar/publicaciones/2008/18julio/drogadependencia.htm>
- Galende, E. (1983). La crisis del modelo médico en Psiquiatría. *Cuadernos Médico Sociales N° 23 - Marzo de 1983*
- González, S & Moya, L. (s/f). Las adicciones: una mirada metateórica.

- Landaburu, E. (2007) Programa Medios en la Educación - El diario en la escuela. IV Seminario de Educación: sobre Adicciones. Extraído desde [www.losandes.com.ar/.../2007-%20Conferencia%20Estela%20Landaburu.doc](http://www.losandes.com.ar/.../2007-%20Conferencia%20Estela%20Landaburu.doc) el 22 de octubre de 2010.
- Martin Barbero, J. y Ochoa Gautier, A. (2005) Políticas de multiculturalidad y desubicaciones de lo popular. En Mato, D. (comp): *Cultura, política y sociedad Perspectivas latinoamericanas*. CLACSO: Buenos Aires.
- Mezzano, A. (2003). *Psicólogos institucionales trabajando*. EUDEBA. Parte III pp. 157 a 280.
- Montero, Maritza. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.
- Mora Sanz, A. (2009) Adicciones psicológicas: conceptualización e intervención. En *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. Médica: Madrid. Nro. 92.
- Oblitas Guadalupe, L, A. (2002). "Adicciones y salud". En *Psicología Científica.com*
- Rodríguez del Real, N. (2011). Impacto de la espiritualidad en salud mental. Una propuesta de estrategia de atención comunitaria de salud mental en colaboración con grupos religiosos locales. *Rev GPU 2011; 7; 2: 205-213*.
- Sanabria, (27 de febrero de 2004): Participación social en el campo de la salud. Extraído el 18 de mayo de 2012 desde [http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30\\_3\\_04/spu05304.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_3_04/spu05304.htm)
- Sánchez Vidal, Alipio. (1996). *Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención*. Barcelona: EUB. Cap 2.
- Svampa, M. (2005) *La sociedad excluyente. Argentina bajo el signo del neoliberalismo*. Taurus: Buenos Aires.
- Wortman, A. (2002), "Procesos e imaginarios de la globalización cultural en la Argentina: entre el consumo y la exclusión social". En *La (indi) gestión cultural*. Ediciones Ciccus-La crujía: Buenos Aires.

# Anexo

## PROTOCOLO DE ENTREVISTA

- 1) ¿Quién es el profesional?
- 2) ¿A qué institución pertenece?
- 3) ¿Cuál es su rol en dicha institución?
- 4) ¿Qué perfil presentan los pacientes que atiende? (tener en cuenta género, condición socioeconómica, edad, tipo de consumo)
- 5) ¿Cuál es su visión de la problemática de las adicciones teniendo en cuenta el perfil de pacientes que atiende?
- 6) ¿Presenta formación específica en la problemática en cuestión?
- 7) ¿Qué características presenta la intervención que usted lleva a cabo?
- 8) ¿Trabaja en forma individual o interdisciplinariamente?
- 9) ¿Cuál considera que es la eficacia del impacto de la intervención?
- 10) ¿Cuál cree que son las fortalezas y debilidades que presenta el dispositivo que aplica?
- 11) ¿Cómo considera la problemática de las adicciones en general?