



UNIVERSIDAD NACIONAL *de* MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Título del proyecto:

**“CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LAS
ADICCIONES EN LA CIUDAD DE TRES ARROYOS.
POSICIONAMIENTO TEÓRICO Y METODOLÓGICO DE LOS
AGENTES”**

*Informe final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular
conforme O. C. S. (143/89)*

Autoras:

Belizán, Silvina M.

Liggieri, María Carla

Matrícula:

08018/07

08491/08



Supervisor Institucional: Lic. Más, Fermín

AÑO 2014

N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
f-18 B	102
	N° INVENTARIO:
	R-01306

Agradecimientos

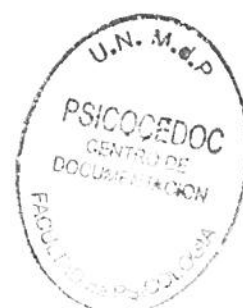
A CRESTA, por acercarnos a nuestro sueño.

A las Instituciones que colaboraron para la realización del presente Trabajo de Investigación.


A nuestro Director de Tesis, por su paciencia, su presencia constante, su capacidad profesional y su gran calidez humana.

A nuestras familias, por estar siempre. Incondicionalmente.

“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de investigación y como tal es propiedad exclusiva de las estudiantes Silvina M. Belizán, Mat. 08018/07, DNI 22636838 y María Carla Liggieri, Mat. 08491/08, DNI 21045123 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 de las autoras”.



El que suscribe manifiesta que el siguiente Informe Final corresponde a la Tesis de Pre-grado elaborada por las estudiantes Silvina M. Belizán, Mat. 08018/07 y María Carla Liggieri, Mat. 08491/08, conforme a los objetivos y el plan de trabajo pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos a los días.....19.....del mes de.....May.....del año 2014.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'F. Liggieri', is written over a horizontal line.

Firma, aclaración y sello

Supervisor

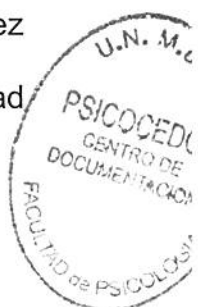
Las investigaciones actuales sobre adicciones constituyen un desafío especial porque éstas se manifiestan en un campo de mucho dinamismo, fenómeno directamente relacionado con los cambios sociales y las complejas interrelaciones entre los procesos de exclusión social y narcotización del territorio argentino.

En términos de salud mental, los profesionales de la salud asumimos bajo nuestra responsabilidad la atención de este tipo de problemáticas, al mismo tiempo que transitamos de la hegemonía del modelo biomédico hacia uno más centrado en lo psicosocial. Esta doble situación abre un campo fructífero para el desarrollo de investigaciones de salud mental comunitaria.

Las tesis han demostrado interés especial en este tema, han manifestado una actitud de constante lectura, de incorporación de conceptos, modelos y teorías, lo que, a mi entender, ha enriquecido la densidad a la hora de interpretar los datos reconstruidos. Han tenido oportunidad de profundizar sus conocimientos de metodología cualitativa de la investigación y su conocimiento del campo de la salud mental, a partir de haberse acercado a los servicios locales de salud mental.

Durante la investigación hubo una situación complicada que resolver: la escasez de servicios específicos y recursos especializados han reducido notablemente el tamaño de la muestra teórica, pero la estrategia de agregar casos con servicios que atienden indirectamente problemáticas de adicción ha sido una medida posible y más que razonable, teniendo en cuenta las características que tiene el sistema local tresarroyense.

Los resultados arrojan precisamente eso: que la incidencia de casos cada vez más frecuentes en magnitud y complejidad han desbordado la capacidad



instalada de los servicios de las diferentes localidades de la región, además de la indefinición política (sanitaria) de asignar recursos para esta especialidad, la incompletud de un sistema de información local que nos permita vigilar con una visión de conjunto la evolución del fenómeno, la insuficiente oferta de formación específica de postgrado en este tipo de problemática y la diversidad relativa en cuanto a marcos teóricos desde los que los profesionales piensan su práctica, pero la homogeneidad -también relativa- en términos de las prácticas de atención que ellos implementan.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Frederick'.

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 las alumnas Silvina M. Belizán, Mat. 08018/07 y María Carla Liggieri, Mat. 08491/08.

Firma y Aclaración de la Comisión Asesora



Two handwritten signatures are present. The first signature is a stylized scribble with the name 'Jesús Peltze' written below it. The second signature is a cursive signature that appears to be 'María Carla Liggieri'.

Fecha de aprobación

15/7/2004

Anteproyecto

Lic. Peltzer

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGIA
SEDE TRES ARROYOS (CRESTA)

Título del proyecto:

“Caracterización del sistema de atención a las adicciones en la ciudad de Tres Arroyos. Posicionamiento teórico y metodológico de los agentes”.

PLAN DE TRABAJO PARA LA REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE PREGRADO

Apellido y Nombres de las autoras:

Belizán, Silvina M

Liggieri, María Carla

Matrícula y año:

08018/07

08491/08

Director: Lic. Más, Fermín.

DESCRIPCION RESUMIDA

Título del Proyecto: "Caracterización del sistema de atención a las adicciones en la ciudad de Tres Arroyos. Posicionamiento teórico y metodológico de los agentes".

Resumen:

Las adicciones constituyen una problemática contemporánea, que comienza a hacerse visible a partir de los años noventa, con el cambio de modelo societal. La figura del adicto está instituida socialmente, y surge de la multideterminación de factores, lo que hace necesario el abordaje interdisciplinario y el entrecruzamiento de discursos para su atención.

Se propone realizar una investigación de casos múltiples, con corte transversal y profundidad descriptiva acerca del sistema de atención a las adicciones en la ciudad de Tres Arroyos. Tal descripción tiene por objetivo profundizar el conocimiento acerca de modo de organización interna y externa de los diversos dispositivos locales de atención, qué perfil de profesionales trabajan en estos dispositivos, y bajo qué visión teórica y metodológica de la problemática trabajan cotidianamente.

La investigación contará con relevamiento documental de los dispositivos relevados y con entrevistas a informantes calificados. Los casos serán seleccionados siguiendo criterios de muestreo teórico, mientras que el análisis de datos cualitativos se llevará a cabo con operaciones de la teoría fundamentada, y de datos cuantitativos con técnicas de estadística descriptiva.

Palabras clave:

Adicciones – Atención – Prácticas – Agentes

DESCRIPCIÓN DETALLADA

Título del Proyecto: “Caracterización del sistema de atención a las adicciones en la ciudad de Tres Arroyos. Posicionamiento teórico y metodológico de los agentes”.

1. Motivos y antecedentes :

La palabra ‘adicto’ proviene del latín ‘*addictus*’. *Addictus* era el deudor que por falta de pago terminaba siendo adjudicado o entregado como esclavo a su acreedor. En la Antigua Roma existía una gran diferencia social y económica entre los patricios (la clase privilegiada) y los plebeyos (el resto de la población), y fue justamente por estas desigualdades sociales que surgió el vocablo ‘adicto’. Los plebeyos, empobrecidos a causa de las guerras, contraían deudas que difícilmente lograban pagar y como la ley no establecía un límite a la tasa de interés, la situación se convertía en un verdadero abuso por parte de los patricios prestamistas. Lo que sí estaba establecido por ley eran las consecuencias que sufriría el deudor si no cumplía con el vencimiento de su deuda. Dicha ley ordenaba que si el deudor no pagaba a tiempo sería adjudicado (*addictus*) a su acreedor y reducido a servidumbre, perdiendo su libertad. Aquí es donde la ley utiliza el término *addictus* para referirse, justamente, al deudor que por incumplimiento era entregado como esclavo a su acreedor (Mayer, 1998).

Ahora bien. Las adicciones constituyen un problema contemporáneo, no sólo local, técnico, específico o acotado al campo de intervención de una disciplina particular. Lo que se llama adicción parece desbordar irremediamente las capacidades de comprensión y acción de las disciplinas destinadas a su atención (Lewcowicz, 1999).

Su multideterminación hace necesaria la interdisciplina y el entrecruzamiento de los discursos, pues la figura del adicto está socialmente instituida, es un tipo subjetivo reconocible, está tipificado, es objeto de predicación y de cuidados sociales: brinda una identidad (Lewcowicz, *ibid.*).

Volviendo a su devenir, Maristella Svampa (2004) plantea que a partir de los años noventa se produjo el pasaje a un nuevo modelo societal que significó la transformación de las pautas de exclusión e integración, donde se polarizaron y multiplicaron las desigualdades sociales. Este pasaje supuso redefiniciones de las relaciones entre Estado y sociedad, un cambio en las formas de regulación social y una afirmación de la primacía del mercado como mecanismo de inclusión.

Apareció entonces, como núcleo privilegiado, la figura del ciudadano consumidor, propio de las sociedades desarrolladas, que proponía la inclusión a través del consumo, entendido como acceso diferencial a ciertos bienes y servicios. Quienes accedían a este estilo de vida eran los ganadores del sistema, pertenecientes a la clase alta y a una nueva clase media integrada por sectores gerenciales y profesionales, que pudieron acoplarse exitosamente a las nuevas estructuras (Svampa, 2005).

Los otros, los "perdedores", quedaron por fuera de esta lógica, y, frente a la imposibilidad de estar incluidos, lo único que podían consumir era a ellos mismos (Castoriadis, 1997; Bousoño, 1999; Donghi & Vazquez, 2000).

La investigación que aquí proponemos se llevará a cabo en la ciudad de Tres Arroyos, una aglomeración de aproximadamente 68000 habitantes ubicada en el sudoeste de la provincia de Buenos Aires. Su economía depende en forma predominante de la actividad agrícola-ganadera, siendo uno de los puntos más fuertes de producción triguera en el país. Por supuesto, esto tiene sus consecuencias en lo que respecta a sistema de servicios, prácticas cotidianas e intercambios con otras ciudades de la región.

Con respecto al sistema de servicios, nos concentraremos en los que tienen injerencia directa en la atención a las adicciones (Kalina, 2000; Donghi & Fleischer, 2006) por lo que los servicios locales sociales y sanitarios del sistema público local configuran el campo de trabajo. La ciudad de Tres Arroyos cuenta con un Hospital Municipal General donde funciona el Servicio de Salud Mental, que atiende a sus pacientes en forma ambulatoria. Cuenta también con diez Salas para la Atención Primaria de la Salud (ubicadas en distintos barrios de la planta urbana), dos centros de atención también generales de gestión privada (Clínica-Sanatorio), un CPA (Centro Provincial de Atención a las Adicciones) y varios grupos de autoayuda independientes. Asimismo debemos mencionar al número importante de profesionales de la salud formados en distintas disciplinas tanto médicas como psicológicas que dirigen tratamientos en contextos privados (clínicas, consultorios, etc.).

Por supuesto, este es el campo teórico de la investigación, que podría ser ampliado durante el trabajo de campo, ya que trabajaremos con la técnica del muestreo teórico (Glasser & Strauss, 1967).

Lo que sabemos, por investigaciones anteriores de tesis de nuestra facultad (dirigidos por el mismo director), y seleccionados en función de la problemática que aquí pretendemos investigar, es que: (1) los servicios públicos de atención a las adicciones

trabajan con altos grados de fragmentación y con importantes grados de inestabilidad producto de la discontinuidad observable en los últimos 20 años en las políticas de atención a las adicciones; (2) se puede observar también un alto grado de superposición de servicios sociales, sobre todo cuando se trata de servicios sanitarios, con servicios de asistencia social y de la justicia; (3) los profesionales interesados en trabajar en estas problemáticas no cuentan con amplia variedad de oferta académica para la formación específica de postgrado en temáticas de adicciones; (4) coexiste una variedad importante de enfoques, criterios y estrategias de abordaje terapéutico a la hora de abordar este tipo de problemáticas; (5) cuando los agentes terapéuticos trabajan en el sector privado, muchas veces pueden lograr otros niveles de comunicación y/o coordinación de acciones, pero esto requiere la incorporación de profesionales de otras disciplinas, lo que termina elevando el costo del dispositivo, de modo que se torna menos accesible para el afrontamiento del tratamiento sin cobertura social; (6) los niveles de cobertura social de este tipo de problemáticas no son altos, lo que dificulta el acceso a atención de este tipo de problemáticas cuando se las necesita.

Volviendo a la ciudad en que desarrollaremos esta investigación, se percibe una creciente preocupación por episodios de vandalismo y otras formas de daño a lo público fuertemente asociados al consumo de sustancias. Concomitantemente a esto, es cada vez más frecuente encontrarse con escenas relacionadas con el consumo desmesurado de alcohol y sus combinatorias, llamativamente en edades cada vez más tempranas y con mayor frecuencia de casos femeninos. También se produjeron suicidios de jóvenes que habrían estado relacionados con el consumo de sustancias. Y, si bien nada de lo dicho constituye datos científicos de partida para esta investigación, sí nos puede permitir un mayor dimensionamiento de la preocupación creciente que está teniendo la comunidad local.

Por el motivo que sea, las diferentes ciudades de nuestra provincia han tenido una especie de reposicionamiento moral, económico y cultural ante la problemática de las adicciones, en función del acceso a la oferta y al consumo de sustancias (por eso son tan importantes las relaciones e intercambios entre personas que circulan por diferentes motivos de una ciudad a otra), cuando no en función de la misma organización de puntos de producción (laboratorios, cocinas) y/o manejo de subproductos (como la pasta base y sus derivados). En este sentido, agregamos en la consideración del fenómeno otra problemática asociada, en términos de parámetros sociales, económicos y culturales, en donde poco se sabe respecto al posicionamiento de nuestra ciudad.

Por todo esto, proponemos conocer con mayor profundidad los dispositivos de atención a las adicciones en la ciudad de Tres Arroyos. Lo que nos interesa conocer, de manera particular, es cómo es el modo de organización interna y externa (trabajo en red) de los diversos dispositivos locales de atención, qué perfil de profesionales trabajan en estos dispositivos, y bajo qué visión teórica y metodológica de la problemática trabajan cotidianamente.

2. Objetivo General::

2.1. Caracterizar los distintos dispositivos existentes para la atención de las adicciones en la ciudad de Tres Arroyos.

3. Objetivos particulares:

3.1 Describir la organización de servicios que cuenta cada dispositivo, en términos de talleres, grupos, psicoterapia, etc.

3.2 Caracterizar la demanda de atención, en términos de atributos de pacientes como sexo, grupo de edad, nivel socioeconómico y perfil de consumo.

3.3 Releva la dotación de profesionales que cuenta cada dispositivo, en términos de carrera de grado, formación de postgrados y experiencia de trabajo en la problemática.

3.4 Reconstruir la visión institucional, posicionamiento epistemológico y filosofía de trabajo de cada dispositivo.

4. Hipótesis:

En función de lo que sabemos de investigaciones anteriores (llevadas a cabo en otras ciudades de la provincia), esperamos que:

al abordar el sistema local de atención a las adicciones, encontraremos diversidad de visiones institucionales, de posicionamientos epistemológicos y de modalidades de abordaje en los agentes y dispositivos que lo conforman.

De hallarse esta diversidad, la misma constituiría un genuino punto de palanca para la planificación de los servicios de atención a esta problemática cada vez más compleja y presente en la salud pública.



5. Métodos y técnicas:

Se trata de una investigación de casos múltiples, con corte transversal y profundidad descriptiva.

La misma contará con dos relevamientos principales, y una actividad disparadora de observación, que apuntará a registrar las diversas formas que toman los abusos de alcohol y sustancias ilegales en la vía pública local. A partir de esa observación se diseñará un protocolo de entrevistas, lo que constituirá el primer relevamiento principal de esta investigación (entrevistas) para administrar a diversos agentes que trabajan desde los dispositivos que conforman el sistema local de atención.

El segundo relevamiento principal lo constituirá la documentación proveniente de los diferentes dispositivos que relevaremos (instituciones, servicios, talleres, grupos, profesionales independientes, etc.) y que hagan referencia a la atención que desarrollan. Este segundo relevamiento tendrá por objeto recolectar información objetiva acerca de las acciones terapéuticas que se llevan a cabo a la hora de afrontar terapéuticamente este tipo de problemáticas.

Los casos serán seleccionados por muestreo teórico (Glaser & Strauss, op. cit.), asumiendo como criterios de inclusión: (1) deben ser dispositivos que incluyen entre sus objetivos la atención a problemáticas centrales y derivadas de las adicciones; (2) deben tener, en primera instancia, un abordaje clínico de la problemática desde el punto de vista de la salud-enfermedad-atención, centrado en el paciente, que puede ser biomédico, psicológico, grupal, familiar y/o comunitario; (3) debe tener un cierto grado de institucionalización: servicios sociales, servicios sanitarios, centros de prevención, clínicas de internación, talleres de prevención, talleres de reinserción, grupos terapéuticos, grupos de autoayuda, ONG, Fundaciones, etc. Los criterios de saturación se explicitarán al momento de elaboración del marco teórico.

El análisis de datos se llevará a cabo siguiendo los principios de la teoría fundamentada (Jones, D., Manzelli, H. & Pecheny, 2007), que indica, como operaciones analíticas de la evidencia empírica a nivel descriptivo, la producción de documentos primarios, la codificación de incidencias, la construcción de familias de códigos, el análisis de esas familias. Como no es propósito producir teoría sustantiva, no se completarán los pasos del análisis hermenéutico, pero el conocimiento que se produzca de este análisis tendrá suficiente grado de estructuración como para abordar de manera exploratoria-descriptiva el fenómeno.

6. Lugar de realización del proyecto:

Sede CRESTA. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Psicología. Ciudad de Tres Arroyos. Provincia de Buenos Aires.

7. Cronograma de actividades:

Actividad	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Elaboración del marco teórico	X	X	X									
Relevamiento documental		X	X	X								
Análisis de documentos			X	X	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		
Redacción de informe final										X	X	X

8. Bibliografía básica de referencia:

Bousoño, T. (1999): "Toxicomanías y segregación". En *Revista Psicoanálisis y el Hospital*. Editorial Del Seminario: Buenos Aires.

Castoriadis, C. (1997): *El avance de la insignificancia*. Editorial Eudeba: Buenos Aires.

Donghi, A. & Fleischer, D. (2006): *Innovaciones de la práctica, dispositivos clínicos en el tratamiento de las adicciones*. Editorial JCE: Buenos Aires.

Donghi, A. (2000) "Clínica de las adicciones (o cómo arreglárselas con el imperativo del consumo: goza para no saber nada)". En Donghi, A. & vazquez, L. (Comp) *Adicciones. Una clínica de la cultura y su malestar*. JVE Ediciones: Buenos Aires.

Glaser, B. & Strauss, A. (1967) *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine de Gruyter: New York.

Jones, D., Manzelli, H. & Pecheny, M. (2007) "La teoría fundamentada: su aplicación en una investigación sobre la vida cotidiana con VIH/SIDA y con hepatitis B". En Kornblint, L. (coord.) *Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Modelos y procedimientos de análisis*. Editorial Biblos: Buenos Aires.

Kalina, E. (2000): *Adicciones: aportes para la clínica y la terapéutica*. Editorial Paidós: Buenos Aires.

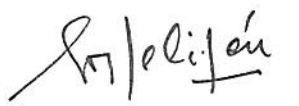
Lewkowicz, I. (2000): "Subjetividad adictiva: un tipo psicosocial históricamente instituido". En: Donghi, A., Vazquez, L. (comp.): *Adicciones. Una clínica de la cultura y su malestar*. Editorial JVE: Buenos Aires.


Mayer, H. (1998): *Adictos, esclavos contemporáneos*. En *Revista Zona Erógena*. Buenos Aires.

Plan Provincial de Atención a las Adicciones (2003/2007). Subsecretaría de atención a las Adicciones. Ministerio de Salud. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.

Svampa, M. (2004) "Estado, Democracia y Proyecto de Nación. Modelos de ciudadanía y actores sociales durante los noventa". En *Revista Escenarios*. UNLP: Escuela de Trabajo Social. Año 4, num. 8.

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


Silvina M.
Belizán


MARIA CARLA LIGGIARI


Fernán D. Más
Lic. en Psicología
M.P. 46747

- 
Dr. Fernando Peltzer

Índice

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO.....	1
MODELOS PSICOLÓGICOS.....	4
MODELO BIOMÉDICO.....	14
LA MIRADA SOCIAL	31
EL ADICTO Y LA LEGISLACIÓN.....	34
VISIÓN, POSICIÓN Y FILOSOFÍA.....	37

CAPÍTULO 2

SISTEMA DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES EN LA CIUDAD DE TRES ARROYOS.....	44
--	----

CAPÍTULO 3

ANÁLISIS DE ENTREVISTAS	54
ANÁLISIS INTRACATEGORIAL.....	57
ANÁLISIS INTERCATEGORIAL.....	72
CONSIDERACIONES FINALES.....	82
BIBLIOGRAFÍA.....	87
ANEXOS METODOLÓGICOS.....	91
1-PROTOCOLO DE ENTREVISTAS.....	92
2-ENTREVISTAS.....	93
3-CUADRO DE ANÁLISIS INTRACATEGORÍA.....	100

Capítulo 1

Marco Teórico

Introducción

La palabra adicto viene del latín “*addictus*” (muy favorable o inclinado a, dedicado o entregado a, adjudicado legalmente a). El vocablo latino “*addictus*” también designó en tiempos muy antiguos a un tipo muy concreto de esclavo, que era en principio un hombre libre y había sido adjudicado a otro mediante juicio o acto legal.

En la Antigua Roma existía una gran diferencia social y económica entre los patricios (la clase privilegiada) y los plebeyos (el resto de la población), y fue justamente por estas desigualdades sociales que surgió el vocablo “**adicto**”. Los plebeyos, empobrecidos a causa de las guerras, contraían deudas que difícilmente lograban pagar, y como la ley no establecía un límite a la tasa de interés, la situación se convertía en un verdadero abuso por parte de los patricios prestamistas. Lo que sí estaba establecido por ley eran las consecuencias que sufriría el deudor si no cumplía con el vencimiento de su deuda. Dicha ley ordenaba que si este último no pagaba a tiempo sería adjudicado (*addictus*) a su acreedor y reducido a servidumbre, perdiendo su libertad. Aquí es donde la ley utiliza el término “*addictus*” para referirse, justamente, al deudor que por incumplimiento era entregado como esclavo a su acreedor (Mayer, 1998).

Con un uso tan generalizado hoy en día de la palabra adicto para el campo de las drogas y otras dependencias, se está olvidando cuales han sido siempre los sentidos principales de la palabra adicto en español. De todo lo anterior se desprende que en nuestro idioma las acepciones principales de la palabra adicto son:

- 1) Aquel que está absolutamente entregado a una causa o a una persona, incluso ciegamente, porque le debe favores o dinero.
- 2) Aquel que voluntariamente (y no de manera forzada y esclava) es entusiasta de algo y usuario habitual. (Diccionario de la Real Academia Española, 2001)

Las adicciones constituyen un problema contemporáneo, no sólo local, técnico, específico o acotado al campo de intervención de una disciplina particular. Lo que se llama adicción- quizá aun una evidencia ideológica sin concepto riguroso que pueda cubrir la multiplicidad diseminada de sus usos- parece desbordar irremediabilmente las capacidades de comprensión y acción de las disciplinas destinadas a sus cuidados (Lewkowicz, 1999).

Su multi-determinación hace necesaria la interdisciplina y el entrecruzamiento de los discursos, pues la figura del adicto está socialmente instituida, es un tipo subjetivo reconocible, está tipificado, es objeto de predicación y de cuidados sociales: en definitiva, porque brinda una identidad capaz de soportar el enunciado de virtud ontológica: *soy adicto*. (Lewkowicz, *Ibíd.*).

Pero en este caso, esta identidad no es del tipo "Así soy", al modo narcisista, sino más bien "Así, soy": Soy en tanto consumo o consumo para ser.

Los comportamientos adictivos conllevan un nivel de complejidad tan alto que ameritan ser abordados desde diferentes disciplinas. Los conocimientos que se producen involucran tanto a filósofos, antropólogos, sociólogos, psicólogos como a biólogos y médicos. Por otra parte, los construccionistas sociales como Gergen (1991) o Ibañez (1993) han mostrado cómo las adicciones son una construcción propia de nuestra época, hija de las prácticas sociales de objetivación, como diagnóstico y tratamientos. A su vez desde una perspectiva crítica se puede ver las adicciones como la contracara del consumidor, forma de subjetividad de nuestra época creada por nuestra sociedad de consumo. (González y Moya, 2009)

Ahora bien, dentro del campo de la psicología, la mayor parte de la bibliografía se ha centrado en la clínica de las adicciones, la prevención y el diagnóstico, siendo los tratamientos los temas principales.

Camacho (2006) plantea que un diagnóstico es una construcción que se realiza para caracterizar ciertas problemáticas humanas mediante la observación, la recolección y el análisis de ciertos datos. Por lo tanto, los diagnósticos no son la realidad, aunque pueden ser cosificados y reificados para rotular a las personas.

Al ser aproximaciones, deben ser revisadas periódicamente, ya que las mismas cambian no solo en cada paciente en forma individual sino también la misma comunidad científica modifica periódicamente los criterios y sistemas clasificatorios.

Por lo tanto, y de acuerdo a la etapa del abordaje en la que hagan mayor énfasis, van a existir modelos psicopatológicos, modelos de la etiología y modelos de tratamiento.

Por otra parte, en esta problemática 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

Modelos Psicológicos

Modelo psicoanalítico

“Se atribuye tal carácter benéfico a la acción de los estupefacientes en la lucha por la felicidad y en la prevención de la miseria, que tanto individuos como pueblos le han reservado un lugar permanente en su economía libidinal...Los hombres saben que con ese quitapenas siempre podrán escapar al peso de la realidad, refugiándose en un mundo propio que ofrezca mejores condiciones a su sensibilidad”. (Freud, 1929).

El psicoanálisis surge a finales del siglo XIX como un claro linaje de la tradición médico francesa, ocupándose en principio del campo de las neurosis y posteriormente comienza a ampliar su espectro a otro tipo de patología. Si bien se encuentran escritos de Freud que refieren a las problemáticas adictivas, es en los últimos años donde se cuenta con un mayor desarrollo teórico- práctico desde esta perspectiva teórica.

La cuestión de las sustancias químicas está presente desde la historia del psicoanálisis en los textos de Freud sobre la eficacia del clorhidrato de cocaína contra el dolor orgánico, y reaparece constantemente en su obra, ubicada en la serie de “soluciones” contra el malestar. (González y Moya, Ibíd.).

Para el pensamiento psicoanalítico, el fenómeno de la “adicción” y la cuestión del consumo de sustancias tóxicas son dos problemas diferentes: ni la adicción es siempre a un químico tóxico, ni la ingesta tóxica implica necesariamente la adicción. No se podría decir que existe un tratamiento psicoanalítico específico para las adicciones, ni que el psicoanalista conduzca la cura con el fin explícito de la supresión del hábito. (López, 2007)

Freud señala la masturbación infantil como una primera adicción que servirá de modelo a las demás, es decir que las adicciones no se explican por la sustancia u objeto sino por la

operación inconsciente que las determina. La especificidad de los efectos de una sustancia, incluso el grado de nocividad, y hasta su propiedad adictiva, dependen de un factor subjetivo en el caso del consumo privado, o del contexto simbólico si se trata de un rito o de una ceremonia, más que de su propiedad estrictamente química.

Para que un objeto, cualquiera sea, adquiera una propiedad adictógena se requiere un desplazamiento significativo por el cual dicho objeto pasa a ocupar un lugar en el deseo de "otra cosa" del sujeto.

El analista no define al sujeto por su adicción sino por su estructura inconsciente, donde la droga ocupa el lugar de efecto y no de causa., y el problema no está en el objeto sino en el sujeto que consume.(López, Ibíd.)

Las primeras ideas de Freud sobre el efecto de las sustancias tóxicas aparecieron en 1884, en un artículo titulado "Sobre la cocaína". Aquí plantea por primera vez una idea que lo acompañará a lo largo de su obra: que el dolor puede experimentar una "cancelación tóxica", siendo esta última el efecto de la cocaína sobre las afecciones dolorosas.

"El sintagma cancelación tóxica parece indicar que no se trata de una solución respecto a lo que causa el dolor, sino de una acción sobre el dolor como síntoma, "cancelándolo", es decir reprimiéndolo por un tiempo determinado." (López, p.19)

La idea que aquí subyace es que el tóxico opera como límite al dolor pero no interviene sobre su causa ni permite alcanzar un goce. (López, 2007).

La primera explicación dinámica que aporta Freud sobre la adicción surge de la sexualidad infantil y la actividad autoerótica masturbatoria.

"... ¿por qué existen sujetos que necesitan conservar la satisfacción masturbatoria bajo una forma desplazada a la ingesta tóxica, que al mismo tiempo que la encubre, la perpetúa?" (López, p. 21)

Ambos actos, el adictivo y el masturbatorio, comparten la compulsión a realizarlos que ocupa a quien los padece, y de la que no puede sustraerse; y el hecho de recurrir a su uso cada vez que ese sujeto sufre alguna contrariedad.

Entonces, como el aparato psíquico responde a la ley de la ventaja y al principio del placer, sería incapaz de renunciar a aquello que le proporciona satisfacción si no se le ofreciera algo a cambio, una compensación. Esta afirmación freudiana orienta en el tratamiento de las adicciones: la privación del tóxico debe ir acompañada de una amplificación del campo de las satisfacciones del sujeto y no de una apelación al dominio de sí. (López, 2007).

El autor mencionado formula una primera hipótesis: La pérdida original de la Cosa provoca que todo objeto de la elección sexual sea sustitutivo y deje un resto de insatisfacción. La droga viene a colmar el lugar vacío de ese resto, y opera en lo inconsciente como una recuperación maniaca, necesariamente fallida. El mecanismo operante es la renegación (de la castración).

“Además de desdeñar una teoría que coloque como causa a lo cultural y social, Freud pareciera indicar que la intoxicación es el efecto de una incapacidad para establecer una mediación entre el sujeto y el objeto, función que generalmente otorga a la fantasía.” (López, p. 27).

Aun así, en otra de sus obras clave como es “El malestar en la cultura” (1930), Freud volverá a sostener su idea primitiva de la droga como límite, barrera o defensa frente al dolor.

“...planteará que ante el dolor de existir le quedan al sujeto dos recursos: o desconocer el límite que el dolor impone a la felicidad (al goce) insistiendo en una ilusión vana de felicidad, o conformarse con algo más modesto: la defensa o cancelación del dolor mediante algún lenitivo. Es en este segundo grupo de recursos, el de los “quitapenas”, donde ubica a las drogas, y no en el primero. Esto quiere decir: la relación entre la

intoxicación y el goce es una fantasía del adicto; la droga no es más que una defensa.” (López, p. 29).

El tóxico introduce un efecto que posibilita al sujeto organizar su fantasma vacilante, aquello que falla en la organización de la fantasía.

Siguiendo a López (2007) y el planteo freudiano original, podemos decir que el estado de abstinencia es estructural y universal en cada sujeto, y de allí el éxito que obtienen los distintos objetos (reales o imaginarios) y discursos sociales que sirven de consolación y compensación.

“Por eso, lo que los especialistas llaman “síndrome de abstinencia”, como fenómeno privativo de los consumidores habituales de sustancias tóxicas, es en realidad un efecto de la estructura de todo sujeto que, desde su pasaje por la castración, vive en estado de abstinencia, no encontrando más que objetos transicionales (Winnicott, 1971) para defenderse del dolor de la privación. Entonces decimos: primero la abstinencia, luego la droga.” (López, p. 38)

Hay distintos grados de aceptación y gravedad de las adicciones pero todas apuntan a calmar el dolor de una abstinencia que es anterior, genéticamente, a cualquier adicción.

Parece que, en ciertos momentos, para Freud la intoxicación química es la única salida ante el dolor, tanto orgánico como psíquico. De allí su efecto de fijación.

Para finalizar el recorrido por la obra freudiana, López (2007) plantea que las conductas adictivas tóxicas no deben pensarse como un “pasaje al acto” en un intento de arrasar con lo cultural establecido, sino que la droga se presenta como un recurso más para sostener la imagen de un deseo, al no poder simbolizar una satisfacción (como se lograría a través del arte, por ejemplo).

Y deja una importante advertencia para aquellos analistas que trabajan en adicciones: Además de repensar la singularidad del adicto por fuera de las generalizaciones masificantes, plantea:

“No produce los mismos efectos suponer que el toxicómano “goza de la droga”, como el mismo nos lo quiere hacer creer, que trabajar el cómo y el cuánto él “sufre de la droga”, único punto de partida posible para un tratamiento psicoanalítico de las toxicomanías.”
(López, p. 43)

En cuanto al otro padre del Psicoanálisis, Jacques Lacan, es poco lo que éste dice respecto de las adicciones, pero se expresa muy claramente acerca de cómo el analista está necesariamente involucrado con las contingencias de su época, sobre todo cuando estas revelan la existencia de lo “extraño” y de los “extraños” en la sociedad, y sobre las técnicas de autodestrucción del hombre, puntualizando así mismo el imperativo de unir las subjetividades propias de cada época con la dirección de la cura (López, 2007).

Siguiendo a este autor, podemos decir que Lacan define la noción de complejo contra la de instinto, para construir el desarrollo psíquico del individuo alrededor de tres estructuras sucesivas: “el complejo de destete”, “el complejo de intrusión” donde figura el estadio del espejo, y el “Complejo de Edipo” (López, Ibíd.)

López (2007) refiere al “complejo de destete” como el más primitivo y que se halla dominado por factores culturales, diferenciándose del instinto en cuanto a la condición de representación que adquiere el objeto, matriz de todos los complejos posteriores. Aparece además como causa traumática no elaborada de una pérdida estructural, como falta que requiere de una elaboración simbólica. El adicto muestra en su conducta un estado de indefensión, acompañado por la fantasía de posesión ilimitada del pecho, renegación ante el destete, según Lacan.

En esta época (1938), Lacan no contaba aun con la noción de significante ni de castración simbólica, por lo cual esta teoría del destete resulta mecanicista. El camino para la salida normativa del complejo implicaría la simbolización de la pérdida mediante el juego (Fort Da), es decir la transposición al lenguaje de una realidad insoportable. Una falla en su tramitación, se reflejaría en la repetición del fracaso a lograr una identidad con el goce perdido siendo una de sus manifestaciones clínicas la compulsión a la ingesta de sustancias tóxicas. (López, 2007).

Así como para Freud la droga cancela el dolor, para Lacan rompe con la castración pero en ambos casos su función es negativa o defensiva.

Posteriormente, entran en juego las nuevas teorizaciones lacanianas a partir del lenguaje y la lógica del significante.

Pero en lo referido a las adicciones podemos citar a López (2007):

“...situar el problema de la adicción en una dimensión que no funciona según la lógica del significante, sino según la indecibilidad de lo real. El adicto sería un sujeto que no ha establecido la “soldadura” (ligadura o anudamiento), necesaria para producir una diferenciación o separación. Esto es, sustituir lo indecible de lo real por la lógica del significante, aceptando su función diferencial y opositiva: “si me envenena no puede ser remedio”” (p. 30)

De aquí se concluye que la falla en la puesta en significantes implica una deficiencia de la actividad simbólica del sujeto, o sea una falla en la soldadura entre la pulsión y el significante, que la adicción a sustancias intenta producir mediante un suplemento específico para sostener el fantasma ante el dolor del trauma.

“Una falla en la tramitación de este pasaje, dejaría al sujeto encadenado a la repetición incesante del fracaso, en cuanto a lograr una identidad con el goce perdido; una de sus formas clínicas sería la compulsión a ingerir sustancias tóxicas” (López, p. 53)



El acto tóxico se sitúa por fuera de la dialéctica simbólica donde los objetos son intercambiables y cumple la función de recurso evasivo con respecto a una verdad intolerable que sólo se dice en la palabra.

“Para Lacan, la experiencia de lo tóxico no nos acerca un ápice a la verdad del sujeto, sino más bien corre un velo sobre lo inconsciente. Esta conclusión es coherente con Freud, para quien la intoxicación es un medio, más o menos exitoso según el grado de autodestrucción que implique, para ayudarnos a “soportar la vida”, pero de ninguna manera un medio para el conocimiento de lo inconsciente.” (López, p. 60)

Según este autor, la supuesta experiencia intransmisible de lo real del goce a la que el adicto arriba con el tóxico se reduce a una fantasía habitual de ese sujeto, que no deja de estar determinada por los efectos de ciertos dispositivos discursivos.

El psicoanálisis nos ha enseñado, a partir de Lacan, que la presencia del goce, cuando el mundo del lenguaje tiende a derrumbarse, está muy lejos de lo placentero y más bien confina con el dolor y cuando el analista cree que el adicto goza de la droga, sigue desconociendo la irreductible articulación goce- mandato superyoico. (González y Moya, 2009).

Luego de realizar este recorrido por distintos momentos de la obra freudiana y lacaniana, es el propio López (2007), quien plantea una hipótesis acerca de la doble función de la intoxicación para el aparato psíquico: la droga, como defensa, cancela el dolor, pero además como “suplemento” activa la fantasía en un intento de ligadura que transpone el goce pulsional a lo placentero del fantasma, aunque con un mínimo de trabajo psíquico, casi en forma automática.

Aun así, queda libre un resto, un plus irreductible donde reaparece el dolor, cuya magnitud va a depender de la cantidad que haya quedado sin ligadura, y que obligará a nuevos actos compulsivos de cancelación. La fantasía (o, como la denomina el autor, “pseudo fantasía”)

producida por el efecto químico no logra velar la angustia ante la invasión pulsional, haciendo inevitable su retorno.

“En la intoxicación, se trata de una operación de cancelación, que si bien ha interpuesto una barrera momentánea a los efectos dolorosos del trauma, ha dejado intocada su causa real-pulsional” (López, p. 149)

Por esto es que Freud se refiere a la ineficacia de aquellos medios terapéuticos que sólo quitan al enfermo el objeto de la intoxicación sin preocuparse por la fuente de la que surge la necesidad compulsiva del mismo.

López (2007) considera que la “cancelación del dolor”, como mecanismo específico de las toxicomanías, se inscribe en una estructura clínica más complicada, de la cual el complejo adictivo (compulsión-dolor-cancelación) es un efecto sintomático. Esta estructura es la del complejo de castración donde el falo cumple una función central.

Diferencia este mecanismo defensivo de la represión, la renegación y la forclusión, y sostiene que puede coexistir con cualquiera de ellos.

“Cancelar el dolor con la intoxicación, implica cancelar la realidad, si por tal entendemos la “realidad” irreductible de la castración. En la evitación de esta realidad no se trata del rechazo a una situación familiar conflictiva, ni de rebeldía frente a lo cultural, ni de desadaptación social, aunque todos esos fenómenos estén en juego; para el psicoanálisis se trata de la huida ante el deseo del Otro, a cuya insistencia indescifrable, el sujeto responde con la consistencia de la droga.” (López, p. 157)

¿Pero de qué dolor se trata? El autor lo expresa muy claramente: del “dolor de existir”.

Como el dolor proviene siempre del exterior, lo que está en juego entonces es la realidad.

Y concluye:

“(…) El tipo de consumo actual de drogas se encuentra huérfano de metáforas discursivas que sirvan de marco a la satisfacción; se limita por lo tanto al predominio del

aspecto puramente negativo de la cancelación: sólo evitar el dolor...y nada mas; intención que si se vuelve compulsiva, aproxima dolorosamente el goce del adicto, al único goce real: el goce de la muerte” (López, p. 159)

Modelo humanista

Los humanistas, principalmente entendidos como la tercera fuerza en Psicología, reunieron psicólogos descollantes como Maslow (1954) en Motivación, Rogers (1951,1959) en Psicología Clínica, y Allport (1955) en Personalidad. Concibieron un modelo de psiquismo con una tendencia al autodesarrollo y una fuerza capaz de actualizar las potencialidades del organismo. Desde esta perspectiva el individuo constituye el centro de un campo fenoménico, siendo él mismo quien mejor podría expresar su vivenciar, es decir que se entiende el marco interno del individuo como precondition. (González y Moya, 2009).

La personalidad es definida, según estos autores, como un compuesto de aspectos racionales (autoconcepto, simbolización) y de otros emocionales, viscerales y organísmicos. Estos últimos, cuando no logran canalización cognitiva o simbolización generan patologías (Di Doménico y 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. Desestimando los recursos técnicos, los factores principales del cambio para convertirse en persona se actualizan en la relación terapéutica en un plano actitudinal. El ideario axiológico de los humanistas, su profunda valoración del hombre, tuvo impacto en muchos dispositivos terapéuticos. Una visión del hombre optimista inspiró programas de tratamientos como el de la Comunidad Terapéutica

de Cura, Inc. (1973) en Estados Unidos, destinados a jóvenes latinos adictos a diferentes sustancias. Los continuadores de esta corriente que trabajan en el campo de las adicciones se enfocan principalmente en el proceso de valoración. Muestran como los valores creativos, vivenciales, actitudinales, la propia valoración o autoestima, la propia libertad, responsabilidad y dignidad personal promueven el proceso de rehabilitación de las adicciones. (González y Moya, *Ibid.*)

Modelos Cognitivo-comportamentales

Si bien el cognitivismo surge en los años sesenta oponiéndose al conductismo, utilizando para ello una metáfora computacional (Neisser, 1967), autores como Bruner (1991), sostienen que desde el comienzo el movimiento cognitivista tenía en su núcleo en los problemas del significado y la agentividad, constructos anulados durante la hegemonía conductista, destacando la importancia de autores constructivistas como J. Piaget, L. S. Vigotsky y G. Kelly.

En el campo específicamente de la clínica este modelo surge en EEUU alrededor de los años sesenta con los aportes de A. Ellis (1964), M. Seligman (1964) y A. Beck (1971) destacándose en primer lugar en el campo de la depresión, integrando tanto técnicas cognitivas como comportamentales y atendiendo al cuidado de la relación terapéutica. Actualmente se ha ampliado a otras patologías como los trastornos de personalidad (Beck, 1985), trastorno de ansiedad y también a las adicciones (Beck, 1993). En este caso, se observan aportes a diferentes dispositivos independientes del programa general, se trabajan sobre las ideas irracionales, esquemas disfuncionales, proyecto personal y metacognición. (González y Moya, 2009)

Modelo Biomédico

Desde la perspectiva biomédica, hay que tener presente el concepto de la adicción como una enfermedad crónica ya que quienes la sufren no se curan, sino que se rehabilitan y la misma se desarrolla de manera progresiva, transitando tres etapas diferenciadas: uso, abuso y adicción (Zamorano, 2008).

En el **uso**, la persona no llega a grados de intoxicación con la sustancia sino que se circunscribe a un tipo de uso ocasional de las drogas, logrando una alteración anímica. Este consumo no alcanza a alterar el ritmo y estilo de vida de la persona. Por el momento no existe un compromiso considerable con las drogas, pero si las condiciones relacionadas con las características de personalidad, familia y contexto social son óptimas para el desarrollo de una adicción, la cronicidad al consumo es solo cuestión de tiempo.

En la etapa de **abuso** el compromiso con las drogas alcanza mayores niveles y sus consecuencias comienzan a hacerse sentir en la vida del futuro adicto. Es la etapa llamada de "vida dual", ya que por un lado mantiene un estilo de vida relacionado a la adicción y por otro, intenta sostener el compromiso social. Comienza así el deterioro paulatino de los lazos sociales y se resienten las actividades laborales, educativas, etc. El grupo de amistades es cambiado y los nuevos amigos son también consumidores de drogas.

La relación con las drogas en la etapa de **adicción o dependencia** se ha vuelto compulsiva. La persona ahora no puede abstenerse de su consumo y hará todo lo que se encuentre a su alcance para conseguir las drogas. Se manifiesta lo que se ha dado en llamar la "personalidad tóxica", donde el sujeto ha perdido los valores afectivos y espirituales para ser remplazados por esta "segunda personalidad". (Zamorano, op. cit.)

Siguiendo al DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), encontramos que se considera droga a toda sustancia que tiene acción sobre un ser vivo, y que incorporada al organismo, genera cambios en este.

Dicho manual, en esta cuarta edición del año 1994, establece los siguientes criterios para determinar la dependencia a una sustancia:

Un patrón mal adaptativo de uso de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (3) o más de los ítems siguientes; en algún momento de un período continuo de doce meses:

- (1) Tolerancia, definida por (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación, o el efecto deseado o, (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- (2) Abstinencia, definida como cualquiera de los siguientes ítems (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia o (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- (3) La sustancia se consume en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que se suponía.
- (4) Existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- (5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p.ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p.ej., fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperación de sus efectos.
- (6) reducción o abandono de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- (7) Se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el uso de la sustancia (p.ej., consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión).

El DSM-IV propone aplicar estos criterios a cada una de las sustancias sospechosas, de modo que cada dependencia específica se codifica con un número distinto:

- *dependencia de alcohol (F10.2x)*
- *dependencia de alucinógenos (F16.2x)*
- *dependencia de anfetamina (F15.2x)*
- *dependencia de cannabis (F12.2x)*
- *dependencia de cocaína (F14.2x)*
- *dependencia de fenciclidina (F19.2x)*
- *dependencia de inhalantes (F18.2x)*
- *dependencia de nicotina (F17.2x)*
- *dependencia de opiáceos (F11.2x)*
- *dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (F13.2x)*
- *dependencia de otras sustancias o desconocidas (F19.2x)*

Abuso de Sustancias: Un patrón mal adaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

- (1) Consumo recurrente de sustancias, que da lugar a incumplimiento de obligaciones en el trabajo, escuela o casa.
- (2) Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que el hacerlo es físicamente peligroso.
- (3) Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
- (4) Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes, o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

(5) Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancias.

Al igual que con la dependencia se propone usar los criterios para evaluar cada sustancia que produce abuso. De este modo puede resultar en varios diagnósticos de abuso de sustancias:

- *abuso de alcohol (F10.1)*
- *abuso de alucinógenos (F16.1)*
- *abuso de anfetamina (F15.1)*
- *abuso de cannabis (F12.1)*
- *abuso de cocaína (F14.1)*
- *abuso de fenciclidina (F19.1)*
- *abuso de inhalantes (F18.1)*
- *abuso de opiáceos (F11.1)*
- *abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (F13.1)*
- *abuso de otras sustancias o desconocidas (F19.1)*

Intoxicación por Sustancias:

A. Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingesta reciente o a su exposición.

B. Cambios psicológicos o de comportamiento mal adaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central.

Se propone utilizar estos criterios para evaluar cada sustancia involucrada en la intoxicación, de modo que cada sustancia que produce intoxicación tiene su propio código.

- *intoxicación por alcohol (F10.00)*
- *intoxicación por alucinógenos (F16.00)*

- *intoxicación por anfetamina o éxtasis (F15.00)*
- *intoxicación por cafeína (F15.00)*
- *intoxicación por cannabis (F12.00)*
- *intoxicación por cocaína (F14.00)*
- *intoxicación por fenciclidina (F19.00)*
- *intoxicación por inhalantes (F18.00)*
- *intoxicación por opiáceos (F11.00)*
- *intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (F13.00)*
- *intoxicación por otras sustancias o desconocidas (F19.00)*

Síndrome de Abstinencia de Sustancias:

A. 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.

B. 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.

- *síndrome de abstinencia del alcohol (F10.3)*
- *síndrome de abstinencia de anfetamina o éxtasis (F15.3)*
- *síndrome de abstinencia de cocaína (F14.3)*
- *síndrome de abstinencia de nicotina (F17.3)*
- *síndrome de abstinencia de opiáceos (F11.3)*
- *síndrome de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (F13.3)*
- *síndrome de abstinencia de otras sustancias o desconocidas (F19.3)*

Psicosis Inducida por el Uso de Sustancias:

A. 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.

B. 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.

El tipo de psicosis inducidas por sustancias van desde la paranoia tóxica de la cocaína, la demencia producida por inhalantes, el trastorno amnésico causado por el alcohol. Es importante reconocer estas situaciones como secundarias al uso para no hacer un diagnóstico primario que es falso.

Todas las patologías crónicas requieren tratamiento durante la mayor parte de la vida del paciente y, como tal, las recaídas y el incumplimiento de las pautas de dedicación suelen ocurrir. Sin embargo, en la adicción, en la mayoría de ocasiones, los esfuerzos se centran en la corrección del problema agudo. Por ello, cuando el paciente recae, al igual que sucedería en las patologías somáticas crónicas si suspendiéramos el tratamiento, la intervención se consideraría un fracaso. Este concepto ha hecho que exista una extendida percepción de la ineficacia de los tratamientos de las dependencias, lo que lleva a muchos médicos a renunciar a ellos. Sin embargo, la dificultad de tratamiento de las adicciones es compartida por otras patologías crónicas y no por ello se renuncia al mismo. (Álamo y ot., 2000)

En las dos últimas décadas hemos avanzado en el conocimiento de las bases neuro-psicobiológicas y farmacológicas de las adicciones, lo que ha permitido acercarnos a la conclusión de que esta patología, con los problemas inherentes a cualquier entidad crónica, es tratable. Obviamente, no todas las dependencias responden a un mismo tratamiento, ni con la misma eficacia, ya que el fenómeno de la adicción es más complejo.

Los adictos presentan de manera frecuente una estructura psicológica/psiquiátrica comórbida (trastorno dual), como así también se encuentran influenciados por aspectos



sociológicos y conductuales que muchas veces incluyen los estímulos iniciales para el consumo de la droga. Por todo ello, el abordaje terapéutico de esta patología es mucho más eficaz si se realizan programas de tratamiento multidimensionales, que incluyan aspectos psicológicos, farmacológicos, médicos, sociales, legales, etc. (Álamo y ot., 2000) Siguiendo a Zamorano (2008), podríamos decir que es importante considerar tres cuestiones al momento de evaluar el cuadro de situación de cada paciente:

Comorbilidad: Diagnosticar en la etapa de admisión la presencia de un trastorno psiquiátrico concomitante con el consumo de drogas (pacientes duales), facilita el tratamiento y la derivación oportuna al dispositivo correspondiente. De este modo se mejora el pronóstico.

Los pacientes con dependencia de cocaína tienen la mayor prevalencia de trastornos asociados. Aproximadamente entre 30-50% sufrirán trastornos del ánimo, mientras que un 30-50% presentan personalidad de tipo anti-social. En los alcohólicos existe una mayor comorbilidad de trastornos del ánimo, fóbicos, de ansiedad y de personalidad de tipo antisocial.

Tratamiento farmacológico: Se utiliza tanto para la estabilización de las patologías asociadas como para el tratamiento de las dependencias de alcohol, cocaína, anfetaminas, marihuana y nicotina, como así también para las complicaciones derivadas de estas drogas y en algunos casos para apoyar la abstinencia. Son de gran utilidad y mejoran el pronóstico. La medicación de estos pacientes, salvo en el caso del período de desintoxicación, debe pensarse como estabilización y compensación del cuadro en función de la autonomía del paciente y sus funciones de pensamiento y palabra.

Co-adicción: es una condición por la cual una persona se convierte en muy dependiente de la otra (adicta), obsesionándose con la idea de cuidarla, protegerla; sufre por ella, pierde el sueño, le guarda comida, le limpia la ropa e inclusive, le da dinero para que consuma o le

compra la droga para evitar problemas policiales, sin permitir que el dependiente asuma las consecuencias del consumo. La persona adicta crea culpa y el co-adicto siente que si no la protege está siendo desleal. Generalmente es la persona que está más cerca de él como la madre, esposa, hermana, el compañero.

Esta co-dependencia que implica mecanismos de adaptación no sanos al comportamiento del adicto, se convierte en un freno para la recuperación. El co-adicto propicia silencio, tolerancia, compasión, sin hacer nada efectivo para poner fin a esa conducta. Atribuyen a otros los problemas, temen ser abandonados y por esto toleran al adicto.

Con la ayuda de los abordajes multidimensionales adaptados de forma individual a la medida de cada paciente, se puede llegar a conseguir reducir el consumo, la avidez ansiosa (*"craving"*), las recaídas y las consecuencias médico-sociales y legales de la dependencia.

Sin embargo, con frecuencia se olvida que la adicción no termina cuando la droga desaparece del organismo (desintoxicación), ya que los procesos adaptativos provocados por el consumo permanecen, lo que lleva a la recidiva con un nuevo consumo de la droga (O'Brien y Mc Lellan, 1996).

Desde una perspectiva puramente farmacológica, que debe tener siempre en consideración ser una pieza más de este abordaje multifactorial, podemos considerar tres ejes de tratamiento de las dependencias: terapia del síndrome de abstinencia, mantenimiento y prevención de las recaídas.

Así, un individuo puede tener que ser sometido a terapias de mantenimiento durante un período de tiempo indefinido, mientras que otros pueden beneficiarse de una terapia de prevención de recaídas, tras ser tratados del síndrome de abstinencia, sin necesidad de pasar por la fase de mantenimiento.

En la actualidad, se acepta que la fase más importante en la farmacoterapia de la dependencia es la que corresponde a la prevención de las recaídas. La recaída puede definirse como la reanudación de una conducta de búsqueda y de administración de la droga, tras un periodo de abstinencia (Altman y cols., 1996).

Tanto el *craving* como el *cue* son términos de difícil definición, que se relacionan, en distinto grado, con la recaída. Para algunos expertos, el *craving* podría considerarse como un signo indicativo de que el adicto tiene un problema, la falta de la droga, y es un marcador cognitivo del inicio de una batalla real en el cerebro del adicto.

Para Tiffany (1990), el proceso que controla el abuso de drogas y el que media el *craving* sería independiente. El *craving* constituiría un proceso cognitivo dedicado a impedir o ayudar, según el caso, a la ejecución automática de la conducta de abuso de droga.

Una interpretación alternativa del *craving* es la que lo considera como una experiencia subjetiva de un fuerte o intenso deseo de experimentar las propiedades modificadoras del humor producidas por una droga. Es difícil asimilar este intenso deseo como algo psicopatológico, ya que se presenta también con frecuencia para estímulos no farmacológicos, que se consideran, habitualmente, poco perjudiciales y manejables.

La CIE-10 y el DSM-IV enfocan el término como una urgencia incontrolable de consumir la droga y la pérdida de control es un punto central en la descripción de la dependencia. En este concepto, por tanto, el *craving* se centraría en una hipótesis esencialmente motivacional.

Sin embargo, esta aproximación motivacional no explica si el *craving* busca sólo los aspectos de refuerzo positivo de la droga o el deseo de evitar los aspectos negativos del síndrome de abstinencia (Altman y cols., 1996).

El *craving* depende de la clase de droga y probablemente de la personalidad básica y características inherentes del individuo. Desde una perspectiva clínica, se considera que

las drogas que tienen la capacidad de inducir un *craving* más intenso son los opiáceos, los psico-estimulantes, el alcohol y la nicotina (Baker y cols., 1987).

No siempre es necesario el *craving* para que se produzca la recaída, por lo que se pueden considerar ambos fenómenos relacionados, pero independientes.

En efecto, pacientes consultados señalan que muchos episodios de *craving* no precedieron a las recaídas, mientras que sólo una pequeña proporción de pacientes que recayeron señalaron, retrospectivamente, que presentaron *craving* antes de la recaída.

.Pese a ello, desde una perspectiva farmacológica, a los medicamentos que presentan un cierto nivel de eficacia en la prevención de las recaídas se les denomina, en ocasiones, agentes "anti-*craving*", si bien el mecanismo exacto de este fenómeno, tanto desde una perspectiva experimental animal como clínica, no resulta fácil de estudiar.

La prevención de las recaídas es la clave para el tratamiento de todas las adicciones. Por tanto, debemos conocer no sólo los efectos de las drogas sobre el cerebro, sino también, y sobre todo, los efectos residuales que hacen que un adicto "limpio" de droga recaiga de forma compulsiva (O'Brien, 1997).

Una forma actual de ver las adicciones indicaría que cada episodio de exposición a la droga activaría estructuras cerebrales específicas, dejando trazas en la memoria que persistirían durante mucho tiempo después de que la droga haya desaparecido del organismo. Dichos episodios estarían relacionados con factores o señales del entorno (personas, lugares, objetos, pensamientos), que adquieren la capacidad de activar idénticos, o complementarios, circuitos cerebrales, incluso en ausencia de la droga. Estos factores o señales del entorno son denominados en terminología inglesa "cue" (taco de billar), acepción que no tiene fácil traducción al español y que algunos autores llaman señales. Podemos, por tanto, entender los *cue* como señales que el sujeto relaciona con los efectos de la droga y que, en cierta medida, le inducen a la recaída por poner en

marcha, de forma anticipatoria, circuitos cerebrales modificados por la pasada experiencia con la droga. Estas señales podrían, a título de ejemplo, ser personas (un encuentro con un compañero de adicción o con el suministrador de la droga), lugares (la visión del parque donde se administraba la droga o el bar donde tomaba alcohol), publicidad explícita o subliminal de sustancias de abuso, objetos (la visión de una jeringa o de una navaja, en el caso de dependencias a heroína o cocaína) o, incluso, pensamientos, estados de ánimo o estados patológicos del individuo. (Álamo y ot., 2000)

En cuanto a las recaídas, uno de los objetivos del abordaje farmacológico es justamente, evitarlas. Para ello, se incluyen medicamentos capaces de abolir o reducir la frecuencia e intensidad de las mismas. En este sentido, lo ideal es conseguir la ausencia total de recaídas o, lo que es lo mismo, la abstinencia total, lo que se acompañaría de un mejor pronóstico. Pero en la mayoría de los pacientes, la abstinencia absoluta es muy difícil, por lo que, para estos pacientes, una reducción en la frecuencia y severidad de las recaídas puede constituir un objetivo terapéutico aceptable (Conferencia de Consenso NIH, 1998).

Es muy importante para los clínicos y para los pacientes comprender la naturaleza crónica de esta patología y por ello debe establecerse, al igual que se hace en otras patologías crónicas somáticas, algún tipo de intervención tras una nueva recaída (Rubio y cols., 1992). Los pacientes deben reconocer las señales de peligro para evitar recaídas intensas tras la toma de pequeñas cantidades de alcohol o drogas. Pero si esta se produce, más que culpabilizar al paciente debemos intensificar el tratamiento. En líneas generales, se considera que las alternativas farmacológicas para el tratamiento de las dependencias pueden encuadrarse en cuatro diferentes grupos: terapéutica de sustitución, terapia con antagonistas, agentes aversivos y fármacos que disminuyen la avidez (*craving*).

La **terapia de sustitución** se basa en la administración de un fármaco con propiedades similares a la droga ilícita con el fin de establecer una mejoría personal y social del

paciente. En sentido estricto no podríamos hablar de la abolición de recaídas con este tipo de terapia, ya que el paciente está siendo tratado con una droga con idéntico mecanismo de acción y, por consiguiente, la recaída no debería producirse.

El ejemplo más característico de la **terapia con antagonistas** es el representado por la naltrexona en el tratamiento de la dependencia a heroína. En los adictos bajo tratamiento estabilizado con naltrexona, la administración de heroína no se acompaña de su característico efecto reforzador, cognitivo y conductual, ni de la subsiguiente búsqueda y avidez por conseguir nueva droga, ya que el adicto sabe que no le va a producir la acostumbrada recompensa. Sin embargo, el tratamiento de la adicción a la heroína con naltrexona presenta algunos problemas. El más importante es el alto grado de incumplimiento por parte de estos pacientes. Además, la duración del efecto de la naltrexona es corta, por lo que muchos pacientes suelen recaer, en lo que se ha dado por denominar las recaídas del fin de semana. Por otro lado, el establecimiento del tratamiento puede acompañarse de cierto grado de disforia y debe instaurarse gradualmente para evitar la producción de síndromes de abstinencia. Los mejores resultados se han obtenido en pacientes con una alta motivación (Best y cols., 1996).

Por ello, los expertos parecen inclinarse por una mayor facilitación de la implantación de los programas de metadona como tratamiento de la dependencia a opiáceos (NIH, 1998), habiéndose demostrado una alta tasa de eficacia en la reducción de la administración intravenosa de heroína y, consecuentemente, una menor incidencia de morbimortalidad por VIH.

El uso de **terapias aversivas** ha sido ampliamente aceptado, en especial, para corregir el alcoholismo. En este sentido, se ha empleado sobre todo el disulfiram, cuyo nombre comercial "antabus" ha sido acuñado para definir la interacción indeseable de cualquier medicamento con el alcohol.

Este medicamento reduce la frecuencia de ingesta de alcohol, pero no potencia las tasas de abstinencia.

Los **fármacos que reducen la avidez** (agentes anti-craving) y, a través de este mecanismo, reducen las recaídas son los que gozan de mayor interés desde una perspectiva de futuro. Estos agentes actuarían sobre mecanismos que no son substratos directos de la droga. Los agentes más estudiados encuadrados dentro de este grupo van fundamentalmente encaminados a prevenir las recaídas al alcohol. (Álamo y ot. Ibíd.)

Las adicciones y la Salud Pública

Los profesionales de Atención Primaria de Salud, al ser el primer eslabón del sistema sanitario, se ven implicados en la toma de decisiones acerca de todos aquellos hábitos o estilos de vida que pueden presentar un riesgo para la salud, y que, en los usuarios de sustancias tóxicas, se extiende no solo a los probables deterioros orgánicos derivados de las drogas o de su modo de administración, sino a la desestructuración personal y social que sufren. (Aizpiri Díaz y ot., 2002)

Aunque epidemiológicamente las conductas adictivas legales (alcoholismo, tabaquismo y psicofármacos) tienen mayor relevancia por su frecuencia y extensión, las ilegales suelen tener mayor repercusión social sanitaria y jurídico-penal, y especial resonancia en los medios de comunicación social.

Tal como plantean Aizpiri Díaz y ot. (2002), las alteraciones de conducta del adicto en el medio familiar y social crean un alto nivel de incompatibilidad con el entorno, motivan demandas urgentes de actuación (violencia, robos, deterioro de los procesos educativos), alteran las propias tramas de convivencia social y exigen soluciones inmediatas al problema.

Toda esta presión recaerá directamente sobre el médico general y le obliga a conocer las repercusiones de este fenómeno en su área de trabajo, las respuestas posibles que se pueden dar (educativas, preventivas) y los recursos terapéuticos que ofrecen los servicios especializados a los que tendrá que derivar a este tipo de pacientes en algún momento.

Si bien tanto desde el Estado como en forma privada o desde entidades del tercer sector se crean centros de tratamiento, prevención y promoción de la salud, estos muchas veces no trabajan en forma coordinada, realizando esfuerzos en forma aislada que poco contribuyen a disminuir la incidencia de esta problemática.

De acuerdo con los planteos de Cueva (2012), los nuevos desafíos en salud mental incluyen el aumento de la demanda de servicios, por parte de la sociedad, que faciliten la adopción de medidas efectivas de prevención y abordaje precoz de la conducta suicida, del abuso de las drogas y el alcohol y el fenómeno de la violencia.

En estos momentos las sustancias tóxicas son claves para la relación interpersonal, en especial en el caso de muchos jóvenes: actúan como estímulos de la sociabilidad, ya sea como depresores, desinhibidores o estimulantes. En la realidad cotidiana, en algunos casos se utilizan simultáneamente drogas de manera habitual; en otros existe una droga de elección y las demás sustancias la sustituyen cuando no se dispone de ella.

Las combinaciones de drogas más frecuentes son el cannabis, la cocaína y/o benzodiacepinas y tabaco. (Aizpiri y ot., 2002)

Todo policonsumo se agrava por la edad (adolescente o edad productiva) y se relaciona con la alimentación, descenso de actividad física y disminución de intereses culturales; también repercute directamente en la economía y la dinámica familiar y social.

Según las características, una droga siempre genera dependencia, que será mayor o menor en lo físico o psíquico según sus peculiaridades químicas y la cantidad consumida.

La dependencia psicológica genera situaciones en las que existe sentimiento de satisfacción e impulso psíquico, que exigen la administración regular de la droga para producir placer o evitar el malestar.

La dependencia física hace que el organismo vivo necesite realmente la presencia de la droga para mantener la homeostasis. El consumo prolongado produce tolerancia, fruto de la capacidad adaptativa de nuestro organismo: es la necesidad de una dosis superior de sustancia para conseguir el mismo efecto. (Aizpiri y ot., Ibíd.)

Las manifestaciones de la intoxicación por el consumo de estimulantes pueden ser subjetivas y conductuales: euforia, sensación de bienestar, inquietud, anorexia, aumento de

la libido, insomnio, agitación psicomotriz, movimientos estereotipados, locuacidad y dentro de las manifestaciones vegetativas se encuentra midriasis, taquicardia, hipertensión arterial, sudoración y escalofríos, náuseas y vómitos.

Las manifestaciones afectivas y motivacionales por intoxicación por cannabis: euforia, sensación de relajación, sedación y sueño, reducción de la disposición al esfuerzo, desinhibición del impulso, tendencia a la risa, aumento del apetito y de la sed, como así también reducción de la memoria a corto plazo, retardo en el aprendizaje, bloqueo y disociación del pensamiento, alteración de la coordinación psicomotriz, se ven implicados en la toma de decisiones de todo lo que implica hábitos o estilos de vida que pueden presentar un riesgo para la salud, y que, en los usuarios de sustancias tóxicas, se extiende no solo a los probables deterioros orgánicos derivados de las drogas o de su modo de administración, sino a la destrucción personal y social que sufren.

Desde el Observatorio Argentino de Drogas (2010) se tienen en cuenta distintos factores asociados que, además del tipo de tratamiento y la permanencia en el mismo, influyen en un tratamiento eficaz, pudiendo distinguirse aquellos vinculados a características de las personas de aquellos que se relacionan con atributos de los tratamientos /tipo de institución.

Se destacan sobre todo:

- La disposición y motivación inicial.

- Los estímulos para mantenerse dentro del tratamiento, en particular el grado de apoyo familiar y social (tanto desde el punto de vista de apoyar la abstinencia como de participar en los tratamientos grupales de personas que sufren problemas similares).

- La modificación y/o reconstrucción de los vínculos familiares y sociales

- La posibilidad de un proyecto de vida relacionado con lo laboral o lo educativo.

De la misma fuente de información, obtenemos datos acerca de la existencia o no de tratamientos anteriores, ya que considerando a las adicciones como una enfermedad crónica, en la que un tratamiento no logra por sí mismo corregir el problema de forma permanente, se puede sostener que un porcentaje considerable de los pacientes que logran completar el suyo exitosamente han tenido alguna experiencia anterior. Efectivamente, tal como se evidencia en el estudio de eficacia, siete de cada diez pacientes en tratamiento y la mitad de los que están en el programa SER (programa de reinserción social para pacientes subsidiados por la SEDRONAR en condiciones de ser dados de alta) declararon haber transitado por otros tratamientos. Además casi el 75% de los que están finalizando tuvieron uno o dos tratamientos previos, mientras el 70% de los pacientes de reinserción social transitaron hasta por cuatro tratamientos antes del que les subsidió la SEDRONAR. De este modo, la información sobre experiencias anteriores es un dato clave para conocer la etapa de la trayectoria en la cual está el paciente. Por lo tanto, al momento del diagnóstico y de planificar el abordaje, es necesario indagar sobre tratamientos previos que hayan realizado los pacientes alguna vez en la vida y en el último año, además las características de los mismos. (OAD, 2010).

La mirada social

El posicionamiento de cada agente efector de los distintos dispositivos por los que circulan los adictos es vital para el tipo de tratamiento que ha de encararse.

No es lo mismo considerar a aquel que consume sustancias como un enfermo que tratarlo como delincuente.

Encarar esta patología desde la lógica de la salud-enfermedad implica pensar en el mejor abordaje posible, considerándola en su multideterminación y en la necesidad de un tratamiento prolongado en el tiempo, que incluya distintos tipos de profesionales de la salud y sociales. Supone intentar conciliar la concepción médica de enfermedad con la concepción social de marginalidad.

Todo esto implica la posibilidad de encarar un tratamiento en forma ambulatoria o con internación, previo paso por un período de desintoxicación donde pueden ser necesarios los fármacos para combatir la abstinencia.

Posteriormente, un dispositivo que incluya la atención psicológica (desde los distintos marcos teóricos existentes) sin soslayar un abordaje familiar y social. Este último puede pensarse desde una mirada más abarcativa, donde la educación y el trabajo (como políticas de Estado) ocupen un lugar preponderante para mitigar los efectos devastadores de la sociedad excluyente que tan acertadamente describe Svampa (2005).

Maristella Svampa (2004) plantea que a partir de los años noventa se produjo el pasaje a un nuevo modelo societal que significó la transformación de las pautas de exclusión e integración, donde se polarizaron y multiplicaron las desigualdades sociales. Este pasaje supuso redefiniciones de las relaciones entre Estado y sociedad, un cambio en las formas de regulación social y una afirmación de la primacía del mercado como mecanismo de inclusión.

Apareció entonces, como núcleo privilegiado, la figura del ciudadano consumidor, propio de las sociedades desarrolladas, que proponía la inclusión a través del consumo, entendido como acceso diferencial a ciertos bienes y servicios. Quienes accedían a este estilo de vida eran los ganadores del sistema, pertenecientes a la clase alta y a una nueva clase media integrada por sectores gerenciales y profesionales, que pudieron acoplarse exitosamente a las nuevas estructuras (Svampa, 2005).

Los otros, los “perdedores”, quedaron por fuera de esta lógica, y, frente a la imposibilidad de estar incluidos, lo único que podían consumir era a ellos mismos, consumir-se como único objeto posible (Castoriadis, 1997; Bousoño, 1999; Donghi & Vázquez, 2000).

Parece que la figura del adicto surge en aquellas situaciones en las que el Estado ha dejado de pensar en el ciudadano y se ha inclinado por el consumidor como soporte de sus prácticas.

“La subjetividad adictiva se puede considerar socialmente como un subproducto de la subjetividad del consumidor. Sólo en el plano de la patología socialmente establecida es posible situar la génesis de la figura del adicto en la figura instituida del consumidor” (Lewcowicz, 1999, p. 4)

El mercado y su lógica se basan en la multiplicación de los consumidores, para que la rueda inagotable del deseo se ponga en marcha cada vez. Este se sostiene en una promesa de satisfacción basada en el objeto, pero que sólo se mantiene si se sostiene como tal y nunca se realiza.

Siguiendo esta línea de razonamiento, y de acuerdo con Lewcowicz (op. cit.), la adicción a las drogas se puede pensar como una forma específica de una modalidad adictiva general:

“Esas sustancias sin la subjetividad capaz de entrar en relación adictiva con la cosa cualquiera, no podían dar lugar a la adicción instituida a las drogas; las drogas podían circular sin drogadictos” (p. 7).

Entonces, la producción de subjetividades resulta de una serie de prácticas y discursos socialmente instituidos, a partir de ciertas marcas efectivas sobre el cuerpo y la psiquis que dan como resultado al ciudadano consumidor y su determinación como tal.

Por otro lado, esas marcas nunca son exhaustivas y producen un campo de efectos secundarios e invisibles y un resto o plus. Este último puede considerarse como el envés o reverso de sombra de la cara visible del sujeto positivamente instituido, y se denomina adicto.

Se lo instituye como tal y se lo delimita a partir de una clasificación de conducta desviada respecto de la personalidad oficial, y además se crean los dispositivos y los abordajes posibles para su tratamiento desde los distintos discursos convocados (jurídico, policial, pedagógico, psicoanalítico, sociológico). (Lewcowicz, *Ibíd.*)

El adicto y la legislación

Por otra parte, considerar a quien consume como un delincuente, o dejarlo en el mejor de los casos en un lugar ambiguo, implica poner en marcha la maquinaria represiva penal, dejando de lado el sujeto y su sufrimiento.

Supone involucrarlo en dispositivos jurídico penales, imponiéndole medidas aun más compulsivas que su adicción, de difícil cumplimiento y de corto alcance.

“La penalización que nuestra sociedad impone al consumo de drogas ilícitas, no es universal ni propia de todos los tiempos. Es una condición más bien contingente, aunque ante la mirada de la ciudadanía aparezca como universal y sempiterna”. (López, 2007)

Siguiendo al autor, se hace necesario reducir el complejo y versátil mundo de la droga a dos grandes grupos humanos, cuya responsabilidad ante la ley son consideradas relativamente diferentes: el conjunto de mercaderes y el de los consumidores, siendo los límites entre ambos un tanto difusos. En ambos conjuntos se trata de sujetos jurídicos responsables, pero afectados por intereses y relaciones diferentes con la droga.

Dentro del grupo de los consumidores, la experiencia impone hacer una subdivisión: el subconjunto de los no adictos y el de los adictos.

El grupo de los consumidores adictos ofrece más dificultades, que no sólo atañen al tratamiento, en cuanto a la posibilidad del mismo, sino también al lugar de las drogas en la política criminal. (López, op. cit.).

Las contradicciones y ambivalencias del discurso oficial saltan a la vista. Por un lado el Estado considera a los adictos como enfermos y organiza dispositivos de tratamiento, pero por otro, la ley condena a los consumidores con las mismas leyes que a los narcotraficantes, si bien con penas más atenuadas en relación a estos. (López, Ibíd.)

“Es habitual que la justicia proceda, un tanto arbitrariamente, declarando responsable o no al adicto por su acto de consumo tóxico. Si es declarado responsable debe cumplir la



condena respectiva, si no es responsable, es recluido en un hospital neuropsiquiátrico para su tratamiento y recuperación, sin perjuicio de la condena que le corresponda". (López, p.123-124).

Una de las causas de la arbitrariedad con la cual procede la justicia se debe a la sucesión de leyes que coexisten en nuestra legislación:

La Ley 20771, "Estupefacientes" es promulgada en el año 1974. López (2007) menciona que es de neto cuño conservador y, como tal, sanciona de la misma manera la tenencia de drogas para uso personal como para la comercialización, sin distinción alguna de cantidades y sin diferenciación de la problemática psicopatológica del adicto, con respecto a la conducta criminal.

La Ley 23.737, del año 1989, habla sobre "Tenencia y tráfico de estupefacientes" siendo más explícita y amplia que la anterior.

"En ella se trata de remediar el universalismo condenatorio de la anterior, dando lugar a una consideración diferencial para los adictos no traficantes ni delincuentes, para la tenencia de drogas de uso personal exclusivo, y reafirmando el derecho a la privacidad". (López, p.120).

En cuanto a la Ley 24.424 sancionada en 1994, modificatoria de la ley 23.737, retorna a la política conservadora de la ley 20.771, haciendo punible la tenencia para uso personal, aumentando las acciones represivas y persecución al tráfico y consumo.

López menciona que el legislador y el juez dudan entre dos necesidades, por un lado la del control social y por otro el respeto a las garantías constitucionales y la intimidad de las personas sancionadas en el art.19 de la Constitución Nacional, que dice:

“Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe.”

En cambio, y desde una mirada opuesta a lo anteriormente conceptualizado, en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, del año 2011, aparece claramente tipificado el caso de las adicciones. Allí se especifica que las mismas deben abordarse como una patología más dentro del campo de las afecciones pertenecientes a la salud mental.

Artículo 4:- “Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”.

Visión, posición y filosofía

Cada uno de los dispositivos o servicios que intervienen en el tratamiento de la problemática de las adicciones puede ser caracterizado teniendo en cuenta la visión institucional, la posición epistemológica y la filosofía de trabajo.

Son constructos a los que podemos acceder a partir de sus manifestaciones fenoménicas observando las conductas y entrevistando a informantes calificados, pero también aparecen de manera implícita en los slogans, las declaraciones públicas, la historia oficial y la presentación institucional.

Estos tres conceptos permiten comprender la forma en que cada institución lleva adelante su tarea, permitiéndoles lograr la unificación de criterios de quienes allí trabajan e involucrándolos en un compromiso grupal de mayor alcance y expectativa que el propio e individual de cada profesional.

La visión constituye la identificación y concreción del hacia dónde va la institución. Es un pronunciamiento que fundamenta la dirección del desarrollo institucional; el deber ser, constituye el horizonte que debe tener vigencia por muchos años y que necesita actualizaciones en el tiempo por medio de enriquecimientos, precisiones y explicaciones. Su propósito es guiar, controlar y alentar al conjunto de trabajadores para alcanzar el estado deseable de la organización. (Robbins, 2011).

La posición epistemológica, al igual que la visión, no es única pero si es propia de cada profesional. Existen distintas posiciones epistemológicas, y consideramos a la Epistemología como una reflexión de segundo orden frente a las producciones de la disciplina y la profesión. Aunque las producciones resulten de orden individual, siempre es

importante analizar qué relaciones mantiene con los contextos sociales donde se producen. (Vázquez Aguado, 1988)

El ser humano vive inserto en un medio físico y social determinado. A lo largo del tiempo ha intentado conocer aquello que lo rodea de distintas formas, utilizando diferentes procedimientos, cada uno de los cuales le ha brindado una explicación concreta sobre la realidad. Esta explicación ha nutrido el capital de conocimiento que ha ido acumulando.

El conocimiento es una necesidad y una posibilidad que todas las sociedades han desarrollado de alguna manera. Ya no se puede dudar de la importancia de la ciencia en nuestra vida social, pero siempre es preciso interrogarse por sus repercusiones en todos y cada uno de los ámbitos en los que se utiliza y desarrolla. (Vázquez Aguado, Ibíd.).

En lo que se refiere a la salud mental, muchas veces se la considera como un continuo en cuyos polos opuestos se sitúan la salud y la enfermedad y en la actividad práctica profesional se persigue alcanzar la recuperación de la salud.

La salud mental es una construcción teórica que no tiene una definición directa y ante la dificultad de definir su alcance se propone el trabajo interdisciplinario ya que es un campo plural que recibe aportaciones de diferentes disciplinas (psicología, psiquiatría, sociología, enfermería, trabajo social, etc.) (Almirón, 2008)

“Las concepciones de la salud y de la enfermedad varían según los enfoques teóricos y criterios de diagnóstico utilizados, las concepciones filosóficas, morales y psicológicas vigentes y los modelos médicos predominantes. Los criterios de salud-enfermedad llevan implícita una concepción del sujeto, del mundo y de la historia.” (Almirón, p.61)

La existencia de distintos modelos teóricos explicativos (psiquiatría organicista, modelos psicósomáticos, psicodinámicos, psicoanalíticos, conductistas, cognitivos, socio- genético, comunitario, etc.) así como las diferentes representaciones sociales de la enfermedad mental, tornan imposible la unificación de criterios en lo que refiere a una definición única.

Para Morín (2003), significa situarse en un nivel transdisciplinario que permite concebir , al mismo tiempo, tanto la unidad como la diferenciación de la ciencia, no solamente según la naturaleza material de su objeto, sino también según los tipos y las complejidades de los fenómenos de asociación/ organización.

La salud mental no es algo estático y definitivo sino un estado dinámico y cambiante. Depende de alteraciones de la personalidad y de cómo ese comportamiento es evaluado en el contexto social en el que ocurre.

Goffmann, (1976) define a la enfermedad mental no como un conjunto de síntomas claramente delimitables, sino como una "incorrección situacional". Estas incorrecciones situacionales reflejarían una ruptura en las reglas sociales que definen la interacción comunicativa.

Siguiendo a Almirón (op. cit.) podemos distinguir claramente dos modelos de abordaje al binomio salud-enfermedad: el biomédico y el biopsicosocial.

Modelo biomédico: Para este modelo la salud es algo discontinuo (estados de salud-enfermedad recíprocamente excluyente). Considera la mente y el cuerpo como entidades separadas y los cambios biológicos son considerados independientes del cambio mental, aunque sí pueden tener consecuencias psicológicas (.Almirón, Ibíd.).

Los caracteres dominantes de dicho modelo son su biologismo, ahistoricidad, pragmatismo, individualidad, participación subordinada, entre otros, los que justamente determinan un tipo de práctica técnica y social donde los factores etiológicos y curativos son depositados en la persona, o a lo sumo en un ambiente "natural", donde los procesos colectivos determinantes de la enfermedad son muy secundariamente tomados en cuenta, y donde el sujeto y/o los conjuntos son considerados siempre como "pacientes".(Menéndez, 1985)

La práctica médica que surge de este modelo es una práctica reparativa, que reduce su nivel de análisis al individuo o a la suma de los mismos. Lo biológico y, solo en los casos en que sea necesario, lo psicológico aparecen como los horizontes a través de los cuales se plantea la causalidad y la solución. (Menéndez, Ibíd.)

Modelo biopsicosocial: Se define como un acercamiento sistémico a la enfermedad, que enfatiza la interdependencia de los factores físicos, psíquicos y sociales que intervienen en ella, así como la importancia de abordar la enfermedad en todos sus niveles. La salud es un problema social y político, cuyo planteamiento y solución pasan, necesariamente, por la participación activa y solidaria de la comunidad. Este modelo plantea una nueva perspectiva sobre la salud, que implica concebirla de manera positiva y una concepción social de las acciones de salud.

La salud es una condición y consecuencia de la acción social, pero implica una respuesta individual que depende del tipo de afección, la personalidad y el funcionamiento de las mediaciones sociales ante la enfermedad (aspecto subjetivo).

“Las repercusiones que tiene el considerar la salud como un problema social son claras, y que la responsabilidad sobre la salud y la enfermedad ya no es un tema exclusivamente médico. Es más, señala el camino a seguir: la desmedicalización de los problemas relacionados con el binomio salud-enfermedad, algo impensable desde la perspectiva del modelo biomédico.” (Almirón, p.63)

De acuerdo con Arredondo (1992) podemos agregar un tercer modelo, que coexiste con los mencionados anteriormente:

Modelo Sanitarista: Para este modelo, la salud-enfermedad es consecuencia de las condiciones insalubres que rodean al hombre, considerando como determinantes primarios las características ambientales y promoviendo la introducción de medidas de saneamiento contra los índices de morbi-mortalidad.

Desde esta postura no se contemplan los factores sociales que determinan la prevalencia de condiciones de vida precarias para las diferentes clases sociales.

En cuanto a la problemática particular de las adicciones, coexisten dos paradigmas o modelos que definen cada uno a su manera la forma de abordaje y la posición epistémica de cada dispositivo, según se adopte uno u otro. Ellos son:

Modelo Abstinencia cero: También se lo denomina modelo abstencionista (Landaburu, 2007) y 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 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. Se trata de un modelo que se puede encontrar en las comunidades terapéuticas, sobre todo en las comunidades cerradas. Estas funcionan con sistemas de reglas que, si se transgreden, operan desde la sanción.

En este paradigma el sujeto tiene poca participación. Prevalece la consideración estrecha de la subjetividad de los pacientes. 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, op. cit.).

Modelo de reducción de daños: Nos encontramos aquí con un sujeto más activo que el del paradigma abstencionista (Landaburu, 2007), por lo que se ha convertido en la alternativa a los enfoques basados en la abstinencia. 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- la tenencia de estupefacientes, por ejemplo, penada por ley-. (Landaburu, op. Cit.). Los conceptos disminución de daños y riesgos comenzaron a utilizarse a fines de la década del 80, como una respuesta a las consecuencias de infecciones por HIV en usuarios de drogas por vía parental (UDVP) en el que se enfatizaba no sólo el mejoramiento de las cuestiones relacionadas al consumo, a los consumidores y las drogodependencias, sino que se exacerbó el problema al no producirse un acercamiento de los usuarios de drogas hacia el sistema de atención socio sanitario.

Este modelo, a diferencia del anterior, plantea un sujeto activo y responsable de sus prácticas y los riesgos que se derivan de las mismas.

En cuanto a la filosofía de trabajo, podemos decir que

“Aunque no exista una verdadera filosofía del trabajo hay que reconocer que, desde la antigüedad hasta hoy se avanzó a la hora de reconocer la dignidad y el valor de ésta actividad, la cual desde hace cincuenta años se incluyó en los Derechos Humanos, produciendo un cambio radical: de considerarlo un castigo se pasa a considerarlo un derecho de todo hombre” (González, 1999, p. 100)

El trabajo es obra del hombre y por lo tanto está en función suya, es un medio que le permite auto trascenderse .Es una actividad que no sólo permite la subsistencia, sino la posibilidad de crecer y realizarse en relación al medio ambiente que modifica y por medio del cual también él se modifica. (González, op. cit.)

Podemos considerar al trabajo como la condición que hace posible la vida humana digna y propia del ser humano. Gracias a él la persona madura y logra el equilibrio psíquico necesario para poder proponerse metas más elevadas, vincula factores que contribuyen a

la integridad del individuo, permite la construcción de la propia imagen personal, otorga identidad y pertenencia. (Redondo, 2002)

Desde el psicoanálisis, Freud también destacó la gran importancia del trabajo para el hombre, ya que trabajar, junto con la posibilidad de amar, son los modelos de funcionamiento de Eros e indicadores de salud mental. Y para Marx & Engels, es la concreción de una extensión de la existencia humana. El individuo se extiende a partir de lo que produce, de sus productos.

El trabajo en cuanto permite que una persona crezca posee dos dimensiones inseparables, la objetiva y la subjetiva, ya que no es posible lograr la madurez personal si no se piensa en los demás, sino se contribuye al bien de todos, sino se ama al prójimo y se le reconoce su dignidad de persona.(González, Ibíd.).

Entonces, cada individuo y cada institución o dispositivo van a tener una forma o manera propia para hacer su trabajo cotidiano, a la cual va a subyacer una filosofía que dé cuenta de cómo se entiende la labor que allí se desempeña y a la que responden las motivaciones y deseos de los profesionales involucrados.

En los dispositivos intervinientes en la salud mental, y más concretamente en los que trabajan en la atención a las adicciones, podemos encontrar distintas filosofías de trabajo. Están los que entienden al mismo como una vocación de servicio a la comunidad; otros profesionales solamente tienen con su labor una relación instrumental, considerándola un medio de acceso a determinados bienes. Por último podemos mencionar a los que consideran al trabajo como una forma de intervención profesional para la restitución o prevención de la salud.

Capítulo 2

Sistema de atención a las adicciones en la ciudad de Tres Arroyos

La ciudad de Tres Arroyos es una aglomeración de aproximadamente 68000 habitantes ubicada en el sudoeste de la provincia de Buenos Aires. Su economía depende en forma predominante de la actividad agrícola-ganadera, siendo uno de los puntos más fuertes de producción triguera en el país. Por supuesto, esto tiene sus consecuencias en lo que respecta a sistema de servicios, prácticas cotidianas e intercambios con otras ciudades de la región.

Cuenta con un Hospital Municipal General donde funciona el Servicio de Salud Mental, que atiende a sus pacientes en forma ambulatoria. Posee también once Salas para la Atención Primaria de la Salud (ubicadas en distintos barrios de la planta urbana), dos centros de atención también generales de gestión privada (Clínica-Sanatorio), un CPA (Centro Provincial de Atención a las Adicciones) y varios grupos de autoayuda independientes. Asimismo debemos mencionar al número importante de profesionales de la salud formados en distintas disciplinas tanto médicas como psicológicas que dirigen tratamientos en contextos privados (clínicas, consultorios, etc.).

Los cambios sociales de las últimas décadas -derivados de variaciones en la dinámica y composición de la estructura demográfica de la población (mayor cantidad de adolescentes y de personas de la tercera edad); recurrentes crisis económicas, a las que se suman problemas de pobreza agravados por el incremento de uso de drogas, y una acelerada apertura social y cultural ante el proceso de modernización y globalización- han afectado las vidas de las personas en el ámbito individual, familiar y social en el que interviene el abuso de sustancias.

Si bien la familia nuclear sigue caracterizando a esta población, se observa un incremento en el número de familias extensas y monoparentales. De este modo cambian los arreglos familiares y se manifiesta una apertura y fragilidad en el vínculo, con modificaciones en las funciones de los roles, en los tipos de uniones y en las relaciones intergeneracionales,

limitando el papel de la familia como protectora de sus miembros frente a los riesgos externos, sobre todo en aquellas con menos recursos.

En Tres Arroyos se percibe una creciente preocupación por episodios de vandalismo y otras formas de daño a lo público fuertemente asociados al consumo de sustancias. Concomitantemente a esto, es cada vez más frecuente encontrarse con escenas relacionadas con el consumo desmesurado de alcohol y sus combinatorias, llamativamente en edades cada vez más tempranas y con mayor frecuencia de casos femeninos. También se produjeron suicidios de jóvenes que habrían estado relacionados con la adicción a sustancias. Todos estos datos nos pueden permitir un mayor dimensionamiento de la preocupación creciente que está teniendo la comunidad local acerca de la problemática que nos ocupa.

Por el motivo que sea, las diferentes ciudades de nuestra provincia han tenido una especie de reposicionamiento moral, económico y cultural ante la problemática de las adicciones, en función del acceso a la oferta y al consumo de sustancias (por eso son tan importantes las relaciones e intercambios entre personas que circulan por diferentes motivos de una ciudad a otra), cuando no en función de la misma organización de puntos de producción (laboratorios, cocinas) y/o manejo de subproductos (como la pasta base y sus derivados). En este sentido, agregamos en la consideración del fenómeno otra problemática asociada, en términos de parámetros sociales, económicos y culturales, en donde poco se sabe respecto al posicionamiento de nuestra ciudad.

Para poder indagar acerca del sistema de atención a las adicciones en nuestra ciudad y el posicionamiento teórico-metodológico de los agentes, planteamos este Trabajo de Investigación, cuyo punto de inicio fue una actividad de observación en distintos horarios y

lugares de Tres Arroyos, para registrar las diversas formas que toman los abusos de alcohol y drogas ilegales en la vía pública local.

Allí nos encontramos con que la venta y el consumo de alcohol (droga legal) se producía en forma casi masiva sobre todo los fines de semana, en jóvenes de diversas edades y como parte casi obligada de la “previa” a la entrada de los lugares de esparcimiento nocturnos.

Esto ocurría en todos los estratos sociales, en casas de familia, esquinas y plazas locales donde los adolescentes se dan cita para comenzar la salida.

Asimismo, pudimos observar conductas de consumo de estupefacientes (sobre todo marihuana) en la vía pública también, mayormente en el horario de la tarde/noche y noche.

A la salida de los locales bailables, visualizamos gran cantidad de jóvenes, tanto varones como mujeres, que circulaban en claro estado de ebriedad o de intoxicación, realizando actos de desorden o vandalismo en carteles, vidrieras y demás del centro de la ciudad.

A partir de esta actividad de observación, nos entrevistamos con un informante clave, para que nos orientara a grandes rasgos acerca de los lugares en los que se trabaja con adicciones, tanto desde la prevención como tratamiento, e incluyendo dispositivos públicos, privados y del tercer sector.

Posteriormente diseñamos un protocolo de entrevistas como forma de realizar un primer relevamiento de esta investigación y que fuera útil para administrar a los diversos agentes que trabajan en los dispositivos que conforman el sistema local de atención.

Así fue que concurrimos a los tres lugares indicados como participantes en el circuito del tratamiento la problemática en cuestión: el Servicio de Salud Mental del Hospital Municipal, el CPA (Centro Provincial de Atención en Adicciones) local y un consultorio privado de Psiquiatría.

En lo referente al Servicio de Salud Mental del Hospital Municipal "Dr. Ignacio Pirovano", sabemos que el edificio del Hospital Pirovano de Tres Arroyos fue inaugurado en el año 1.924 en la ciudad cabecera del partido, sobre la ruta 228. Constituyó una edificación imponente para su época, cuya concreción requirió de colectas populares y aportes fundamentales de los vecinos más adinerados de la ciudad. Luego de más de ocho décadas, y con numerosas e importantes ampliaciones, continúa siendo un Centro de Salud que brinda servicios no sólo a los tresarroyenses, sino a los habitantes de una amplia región. El Centro Municipal de Salud evolucionó como Organismo Descentralizado en el año 1998. El mismo tiene a su cargo la administración y explotación de todos los servicios de salud preventiva y asistencial del Partido de Tres Arroyos, entre los que se cuentan: El Hospital Municipal, el Hogar Geriátrico Municipal, las Unidades Sanitarias locales (Centros de Atención Primaria de la salud, once en total) y del distrito, el Servicio de Salud Mental y los que gradualmente, mediante el dictado de la ordenanza pertinente, sea necesario incorporar para el logro de sus objetivos.

El Centro Municipal de Salud deberá regirse bajo los principios básicos de gratuidad, universalidad, igualdad y equidad de las prestaciones asistenciales, sanitarias y hospitalarias. La gratuidad estará garantizada para aquellas personas que no posean cobertura social y/o recursos económicos para afrontar su costo, y deberá prestarse.

El Hogar Geriátrico Municipal "Dr. Gregorio Araoz Alfaro" posee servicio de internación para cuarenta y cuatro adultos mayores de la ciudad; se desarrollan estrategias para el cuidado de la salud física y mental a cargo de un equipo interdisciplinario de salud; así como también cuenta con actividades lúdicas y de recreación en un ambiente cálido y confortable, que ha sido galardonado a nivel provincial.

El Área de Salud Mental inaugurada en el año 2007, se constituye en un moderno espacio destinado a la internación de once pacientes, atendidos por profesionales de la Psiquiatría

y Psicología capacitados ampliamente en las patologías desde un abordaje psicosocial. El servicio de Psicología infanto juvenil se desarrolla mediante consultorios externos atendiéndose de forma integral a los usuarios del Distrito.

Depende en forma directa de la Dirección del Hospital, ya que no cuenta con Jefe de Servicio. Funciona como una especialidad más, aunque está ubicado en un edificio anexo. Atienden todo tipo de patologías psiquiátricas (Cuadros depresivos, psicóticos, adictos, trastornos de ansiedad), únicamente a través de terapias individuales, a través de las modalidades de Consultorio Externo e Internación de agudos.

En cuanto al CPA (Centro Provincial de Atención en Adicciones), depende de la Secretaría de Atención a la Adicciones (SADA), perteneciente al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Es la Red pública y gratuita de atención a las adicciones.

La sede local del Centro comenzó formando parte de la UCEF (Unidad de Fortalecimiento Familiar, dependiente de la Municipalidad) y se trataban temáticas como adicciones, violencia familiar y niñez y adolescencia en riesgo. Posteriormente intervino la Provincia y pasaron a depender de la SADA. En ese momento comenzó a incorporarse más personal y conformarse el equipo, centrándose únicamente en la problemática de las adicciones.

El accionar está centrado en la promoción y prevención, trabajando en forma articulada con distintas instituciones de la ciudad: Servicio Local, Centro de Referencia, Programa Envión, Escuelas primarias y secundarias, CAPS barriales. En estos últimos organizan talleres (como grupos de reflexión sobre distintas temáticas, no solo de adicciones) con distintos grupos que allí funcionan, reparto de folletería o trabajo con pacientes que pertenecen a ese barrio y articulan con los distintos profesionales de la salud que allí se desempeñan.

En las escuelas hay un espacio articulador CPA- Educación, donde se les brinda a los docentes o a los integrantes de los EOE (Equipo de Orientación Escolar) la posibilidad de

consultar por un caso particular o ante la problemática generalizada de la comunidad escolar.

También coordinan grupos para dejar de fumar (con una duración de 10 encuentros) y para el tratamiento de ludopatías.

En cuanto a la asistencia o intervención, los dispositivos con los que cuentan son: terapia psicológica individual con el adicto (o grupal en caso que se pueda) y grupos de familia (coordinados por la Directora del centro, que es Licenciada en Trabajo Social), para quienes estén transitando la problemática de la adicción a sustancias y alcohol y sus respectivas familias. La modalidad de trabajo es únicamente la atención ambulatoria.

El tercer dispositivo de atención a las adicciones es un consultorio privado de Psiquiatría y Psicología médica. Este profesional cuenta con veintiún años de antigüedad en su profesión. Realiza únicamente terapias de tipo individual y ambulatorio, del paciente y su grupo familiar.

Llegado este punto, y luego de analizar las entrevistas realizadas con integrantes de los tres dispositivos con los que cuenta Tres Arroyos para atender a la demanda de la problemática de las adicciones, nos pareció pertinente recurrir a algunas de las fuentes más representativas desde donde parten concretamente estos pedidos de intervención o abordaje. Estamos así en el plano de la necesidad: aquellos actores que generalmente están en contacto directo y actúan de intermediarios entre el adicto o su familia, aquellos que sufren por esta enfermedad, y los servicios arriba descriptos. Instituciones escolares, judiciales, ONG y servicios sociales barriales son los puntos clave de entrecruzamiento de discursos, ya que es ahí donde recurren las personas a consultar, tanto por elección como por obligatoriedad.



Aquí encontramos el Equipo de Orientación Escolar (EOE). Este servicio pertenece a una escuela media y pública de la ciudad. Como tal, trabaja con distintas problemáticas asociadas a la educación y la adolescencia. Con respecto a las adicciones, muchas veces reciben consultas por parte de familiares que sospechan del consumo de sustancias por parte de sus hijos o ellas mismas detectan la existencia de la problemática, pero no poseen una forma de abordaje concreta para el abordaje.

Otra institución que se encuentra cada día con la temática de las adicciones es el Centro de Referencia: A dicho Centro concurren aquellos adolescentes que poseen entre 16 y 18 años y que, habiendo cometido delitos menores, son derivados por el Juez de Garantías del Joven para cumplir con las medidas socioeducativas dictadas por dicho magistrado, de acuerdo con lo dictaminado por la Ley Provincial 13634. Por lo tanto, es un servicio público, en el que se aplican medidas socioeducativas. Ante la problemática puntual de las adicciones, y en algunos casos en los que el sujeto sólo sea consumidor, se da intervención al CPA local, trabajando entonces ambos dispositivos de manera conjunta. La profesional psicóloga del Centro de Referencia sigue manteniendo los encuentros pactados con el adolescente y que forman parte de las medidas obligatorias a cumplir, y la adicción es tratada dentro del dispositivo terapéutico individual del CPA. Ahora bien, ante el caso concreto que el joven transgresor además esté implicado en la comercialización de estupefacientes, se tiene en cuenta el grado de compromiso del mismo ante tal situación para intentar hacerle frente. En algún caso extremo han logrado, por intermediación del CPA, internar a un joven en una Comunidad terapéutica (permutando así otras medidas de carácter socioeducativo por esta que pone el foco en la integridad física y psíquica del adolescente) como forma de preservarlo, entendiendo como prioritario el derecho a la salud del mismo.



“Una luz en la oscuridad” es un grupo de madres autoconvocadas, con hijos que transitan o han transitado por la problemática de las adicciones, o de otras situaciones derivadas de las mismas. Funciona como una ONG (organización no gubernamental). Las integrantes de este dispositivo piensan al mismo como un lugar de orientación, apoyo y contención para los familiares (generalmente madres) que allí se acercan, aunque no se dan a conocer en forma masiva ni mediática.

Y por último, el CAPS Barrio Ranchos. Este Centro de Atención Primaria de la Salud está emplazado en el “corazón” del barrio. Se destaca por su construcción relativamente moderna, comparada con la precariedad de las casas y de los descampados que la rodean. El nombre completo del Barrio es Ranchos de la Virgen de Luján. Fue bautizado como tal en los años ‘60 cuando se fundó, gracias a la iniciativa del Padre Isidoro Broilo, un cura gaucho que recorría las calles del mismo en bicicleta, y que ejercía una suerte de control pacífico sobre los habitantes. Tras su muerte, acaecida en 1991, y en forma paralela con los cambios políticos y sociales posteriores a la década del ‘90, las cosas cambiaron: pasó de ser un lugar de gente mayormente trabajadora a estar estigmatizado actualmente como un barrio marginal y peligroso. Hay un gran número de chicos y adolescentes que no estudian ni trabajan. Son jóvenes que viven y crecen en situaciones de desventaja social, y carecen de recursos personales, socio-económicos, sociales y culturales.

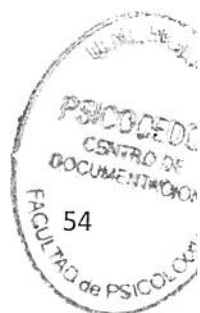
No existe allí ningún tipo de dispositivo para el abordaje directo de la problemática de las adicciones.

En un segundo momento, relevamos documentación proveniente de los diferentes servicios/dispositivos (instituciones, grupos, ONG, profesionales independientes) donde se hiciera referencia a la atención que proveen y con el objeto de recolectar información

objetiva acerca de las acciones terapéuticas y/o preventivas para afrontar la problemática de las adicciones.

Capítulo 3

Análisis de Entrevistas



Criterios de 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 de los datos.

Los casos se seleccionaron por muestreo teórico, asumiendo como criterios de inclusión: (1) debían ser dispositivos que incluyeran entre sus objetivos la atención a problemáticas relacionadas con las adicciones; (2) debían tener, en primera instancia, un abordaje clínico de la problemática desde el punto de vista de la salud-enfermedad-atención, centrado en el paciente, que puede ser biomédico, psicológico, grupal, familiar y/o comunitario; (3) debían tener un cierto grado de institucionalización: servicios sociales, servicios sanitarios, centros de prevención, clínicas de internación, talleres de prevención, talleres de reinserción, grupos terapéuticos, grupos de autoayuda, ONG, etc.

Finalmente la muestra quedo conformada de la siguiente manera:

Entrevistado 1: Psiquiatra, servicio público municipal.

Entrevistado 2: Psiquiatra, servicio público municipal

Entrevistado 3: Lic. en Trabajo Social, sector público provincial

Entrevistado 4: Psiquiatra, servicio privado

Entrevistado 5: Lic. en Psicopedagogía, sector público provincial

Entrevistado 6: Lic. en Psicología, sector público provincial

Entrevistado 7: Integrante de ONG

Entrevistado 8: Lic. en Trabajo Social, sector público municipal

Para poder relevar los aspectos que resultaran pertinentes a este Trabajo, elaboramos un protocolo de entrevista en el que indagamos como puntos centrales las cuestiones

relacionadas con los servicios con los que cuenta cada dispositivo, la dinámica de trabajo propia de cada uno, dotación de recursos humanos presentes en cada institución, la demanda (a partir de la caracterización del perfil de la población atendida), como así también las operaciones de diagnóstico y/o evaluación que llevan a cabo en cada servicio.

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

Análisis Intracategorial

A continuación desarrollamos el análisis intracategorial posterior a la toma de entrevistas a informantes clave y basado en la información obtenida en las mismas.

Establecimos, de manera jerárquica, ocho categorías de análisis: Dispositivos/servicios; Dinámica; Dotación de RR HH; Formación de postgrado; Demanda de atención; Visión institucional; Posición epistemológica y Filosofía de Trabajo.

Servicios/ Dispositivos:

En esta categoría agrupamos a los distintos dispositivos o servicios entrevistados de acuerdo al tipo de administración o financiamiento: Público, privado o tercer sector. De acuerdo al carácter de la atención: Establecimientos de atención general de la salud o Específico de atención a la problemática del consumo de sustancias.

Luego de analizar esta categoría, podemos decir que encontramos distintas instituciones y diversidad de dispositivos y servicios, aunque solamente uno de ellos es al que se lo puede clasificar como específico de atención a la problemática del consumo de sustancias. Trabajan todos en forma ambulatoria, y en el dispositivo de atención general y pública, existe la posibilidad de la internación pero por tiempos muy acotados (máximo un mes), para lograr la estabilización y el tratamiento de la abstinencia. Los demás poseen características de atención general y, salvo uno que es del ámbito privado y otro del tercer sector, todos los demás pertenecen a la administración pública, tanto provincial como municipal.

Dinámica de trabajo:

Caracterizamos a los servicios basándonos en los horarios de atención, si poseen la modalidad de realizar interconsultas y la forma de actuar ante una situación de derivación de pacientes.

Cada Dispositivo posee distintos y variados horarios de atención para tratar de cubrir la demanda de la población local. Trabajan todos los días de la semana, en una franja horaria que va de las siete treinta horas a las diecinueve horas. Los fines de semana, en uno solo de los centros existe una guardia para atención de casos de urgencia.

En cuanto a la modalidad de trabajo, encontramos que los pacientes van circulando muchas veces por los mismos servicios, ya sea por su relación con la educación, la asistencia social o la delincuencia. Acuden a los mismos por referidos o ante la consulta del grupo familiar, siendo difícil el tratamiento debido a que no existe en la mayoría de los casos una necesidad que se transforme en demanda espontánea por parte de quien padece la adicción.

La mayor concentración poblacional en el tema adicciones, ante su forma específica de trabajo con esta problemática, recae sobre el dispositivo público provincial.

Dotación de Recursos Humanos:

En esta categoría clasificamos a los Dispositivos visitados de acuerdo a la cantidad de personal que se desempeña en la Institución, cuantos de ellos son profesionales y en tal caso, cual es el título habilitante que poseen.

Dentro de la dotación de profesionales que encontramos en los centros de atención a las adicciones contamos con una amplia cantidad de profesionales pertenecientes a diversas

disciplinas y que cuentan con título habilitante. En cuatro de los siete dispositivos visitados se desempeña por lo menos un profesional Psicólogo.

En el Servicio público municipal se desempeñan, además de los cuatro Psiquiatras y cinco Psicólogos, dos Trabajadoras Sociales, dos enfermeras (que realizan turnos rotativos) y dos administrativas.

En el Dispositivo público provincial encontramos una Trabajadora Social (que es su Directora) y una Psicóloga. Además, dos administrativas y dos operadoras socioterapéuticas (voluntarias).

El servicio privado es unipersonal.

Formación de postgrado de los profesionales:

En esta categoría, y en relación con la analizada anteriormente, indagamos cuántos de los profesionales que se desempeñan en los dispositivos visitados poseían títulos de postgrados y/o especializaciones en la problemática de las adicciones. Los que se desempeñan exclusivamente en esta problemática, han logrado experiencia y conocimientos a través de la atención a las mismas, siendo insuficiente el número de profesionales para la atención de esta compleja realidad.

Encontramos que ninguno de ellos ha realizado ningún Curso o Carrera de este tipo. Solamente en el servicio especializado en adicciones nos refirió su Directora:

“Capacitaciones [tenemos] montones, montones, porque en un momento estuvimos conveniados con la Universidad del Salvador, entonces semanalmente nos pagaban capacitaciones, en aquella época, teníamos que viajar...impresionante. Realmente estaban muy buenas las capacitaciones, una vez por semana viajaba yo y teníamos todo el tiempo Cursos...que los pagaba la Subsecretaría. En otro momento había

Foros, que se hacían en Mar del Plata, donde iba gente de todos los CPA de varias zonas, se juntaban mar del Plata, Bahía Blanca y Zona Centro. Entonces nos juntábamos y se trabajaban distintos temas y vos elegías el que más te interesaba, dentro de las adicciones. Estaban muy buenos esos...”

Actualmente no se cuenta con una gran oferta para realizar capacitaciones, debido a la falta de recursos del Estado y a la inversión insuficiente en el área de prevención a las adicciones. Esta última puede observarse tanto en lo que respecta a la formación de los profesionales como a la cantidad de puestos de trabajo con nombramientos efectivos para cubrir el área.

Además, los cursos o capacitaciones existentes se realizan en grandes ciudades, tornándose dificultoso para los profesionales locales acceder a los mismos debido a los costos que tienen que afrontar para realizarlos en forma privada.

Demanda:

En esta categoría incluimos las distintas formas y vías de acceso a través de las cuales llegan los sujetos a atenderse o consultar en cada Dispositivo, la población a la que en los servicios se atiende (en términos de cantidad, edad, sexo y nivel socioeconómico) y cual es la sustancia de mayor consumo en nuestra localidad.

Luego de analizar los dispositivos descritos en esta categoría, podemos observar que, al ser ésta una problemática en la que la autopercepción de la enfermedad por parte de los adictos es prácticamente nula, no existe necesidad que se transmute en demanda de parte de los sujetos. Generalmente llegan a la consulta pública derivados por otras instituciones (en muchos casos habiendo ya transgredido la ley) y en estados avanzados de

dependencia. La mayoría de los casos que son tratados en las instituciones del Estado corresponden a personas de bajos niveles de capital económico, social y cultural.

De acuerdo con un Psiquiatra entrevistado:

“Cuando llegan acá a la instancia de la internación, son muy pocos los que llegan en estadios precoces, la mayoría llegan en estadios avanzados, inclusive con causas, ya han delinquido...cuando ya el paciente delinque para conseguir la sustancia es complicado el abordaje que se puede hacer. Tenés dos tipos de pacientes el que llega (como nosotros decimos) para guardarse, que se internan por voluntad propia... cuando se interna por voluntad un paciente que es consumidor crónico, uno mismo averigua si no tiene una causa pendiente para no quedar pegado legalmente...Y otros casos no, se interna porque la familia pidió la internación compulsiva, pero junto con la internación uno averigua y hay causas abiertas en los Juzgados (...) Reconocen el consumo pero niegan la adicción... es lo que nos pasa acá...ellos quieren hacerte ver que consumen y la manejan y vos tenés que hacerle el link y marcarle que su problema es adictivo porque ya están delinquiendo para consumir. (...) los chicos con adicciones generalmente viene por oficio.”

Puede ser que si cometió un delito menor y es adicto el Juez le conmute la pena por un tratamiento o una internación en una Comunidad Terapéutica (donde el alta es voluntaria).

Dice el profesional consultado:

“Y ahí es donde viene la pregunta: ¿Un tratamiento compulsivo a cambio de una pena sirve? tipo yanquilandia, viste? Ahí no sirve. Y lo otro es que las Comunidades Terapéuticas son voluntarias. Es voluntario el ir y es voluntaria la venida. Se pueden venir cuando quieran. Entonces por ahí están acá un mes, les hacemos el aguante, y firman para ir. Están allá un mes y firman para venirse...”

Las personas con mayor poder adquisitivo que transitan por este padecer suelen ser abordadas en estadios más precoces del mismo, lo que facilita el abordaje tanto individual como familiar.

Los dos dispositivos de atención pública trabajan en forma coordinada, hallándose centralizada la atención ambulatoria en el dispositivo público provincial que funciona a nivel local.

No existe acuerdo acerca de cual es la sustancia de mayor consumo, aunque todos refieren acerca del alcohol, la marihuana y la cocaína como las que más se consumen.

En cuanto al género, en el servicio público municipal y el privado hay predominancia femenina, y en el público provincial, masculina. Las edades oscilan entre los veinte y cincuenta años, aunque en el dispositivo especializado suelen extenderse hasta los diecisiete años de edad.

Visión Institucional:

Esta categoría (al igual que las dos siguientes) fue reconstruida desde el discurso de las personas entrevistadas, la información relevada de documentos, paginas Web, folletos y demás documentos primarios que implicaran referencias institucionales. La visión institucional es entendida como el "deber ser" de la Institución.

En esta categoría encontramos que los distintos Servicios trabajan con visiones institucionales muy dispares. Solamente tres (dos públicos provinciales y uno del sector público municipal) de los siete visitados hacen hincapié en la prevención como forma de pensar a la institución. Su accionar está centrado en la promoción y prevención; organizan talleres (como grupos de reflexión sobre distintas temáticas, no sólo de adicciones) con distintos grupos, articulando sus trabajos con otras instituciones, por ejemplo: existe un

espacio articulador con los docentes o integrantes del EOE a los cuales se les brinda la posibilidad de consultar por un caso particular o ante la problemática generalizada de la comunidad escolar. Otra de las formas de abordar la prevención es a través del reparto de folletería y presentación de stands en fiestas populares que se organizan en la ciudad.

En cuanto a la ONG visitada, en la que sus integrantes son madres de adictos o pacientes recuperados en su mayoría, allí centran sus esfuerzos en brindar un espacio de contención, apoyo y orientación para las familias que están atravesando esta situación aportando su propia experiencia, ya que poseen la sabiduría propia de aquel que ha debido encontrarse cara a cara con el padecimiento y la autodestrucción de sus seres más queridos.

El resto piensa su accionar centrándose en la intervención y/o tratamiento del adicto, a través de los distintos momentos de diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

A pesar de poseer una ideología de trabajo que plantea la necesidad de labor interdisciplinaria, en la práctica es muy difícil realizarla debido a la escasa comunicación que existe entre los distintos profesionales involucrados y a la sobreexigencia laboral que padecen quienes se abocan a esta problemática, no pudiendo realizar un seguimiento en tiempo y forma, ya que muchas de las medidas que pueden tomar (internación, frecuencia de intervenciones) no dependen directamente de ellos, produciéndose una interrupción en los tratamientos.

Posición epistemológica:

La posición epistemológica, al igual que la visión, no es única pero si es propia de cada profesional. Existen distintas posiciones epistemológicas, y consideramos a la Epistemología como una reflexión de segundo orden frente a las producciones de la disciplina y la profesión. Aunque las producciones resulten de orden individual, siempre es importante analizar qué relaciones mantiene con los contextos sociales donde se producen.

En cuanto a la posición epistemológica, podemos concluir que el Modelo preponderante es el Biomédico, ya que aun el servicio público provincial, que es un dispositivo que trabaja desde un abordaje biopsicosocial debe remitirse a los criterios del DSM como forma de aunar criterios diagnósticos.

El posicionamiento epistemológico desde la mirada del Modelo Biomédico implica considerar al cuerpo y a la mente como entidades separadas, con un enfoque claramente biologicista, ahistórico y pragmatista. El sujeto es considerado "paciente", lo que da cuenta de su pasividad ante el proceso salud-enfermedad, y haciendo hincapié en la persona individual como depositaria de los factores etiológicos y curativos.

Los procesos colectivos y contextuales son considerados secundarios y los profesionales que trabajan bajo este paradigma se centran en una práctica reparativa de la salud.

Aunque se destaca la forma de trabajo interdisciplinaria como algo deseable, notamos la influencia del modelo biomédico, como por ejemplo, plantea uno de los entrevistados:

"Siempre trabajo desde ese dispositivo. Es un abordaje multidisciplinario, con terapeuta individual y familiar, porque yo uno le dice que no salio de un repollo, dicho vulgar pero... sino que es el emergente de una problemática familiar. Las decisiones las consensuamos entre todos pero las Psicólogas son mas ortodoxas y no hablan, el psiquiatra lleva la voz cantante porque tiene mas impunidad para decir las cosas."

Como contracara de este planteo, trabajar desde un Modelo Biopsicosocial implicaría una posición epistemológica distinta y mucho más abarcativa. Sería entender al sujeto como un participante activo de los procesos de salud y enfermedad, con una mirada sistémica sobre los mismos, donde el contexto o entorno social ocuparan un lugar de privilegio en el abordaje de los padecimientos.

La respuesta frente a la enfermedad sigue siendo individual, pero mediada por el aspecto subjetivo propio, que depende del tipo de afección, la personalidad y el funcionamiento de las representaciones sociales de la enfermedad.

Además, y específicamente hablando de las adicciones, significaría poner el acento en lo psicológico como algo diferente a un hecho puramente biológico, concibiendo a quien consume como el emergente de un medio social enfermo o como la única posibilidad que se le presenta al sujeto de enfrentarse con el dolor de existir.

Filosofía de trabajo:

Cada individuo y cada institución o dispositivo van a tener una forma o manera propia para hacer su trabajo cotidiano, a la cual va a subyacer una filosofía que dé cuenta de cómo se entiende la labor que allí se desempeña y a la que responden las motivaciones y deseos de los profesionales involucrados.

Dice, por ejemplo, el psiquiatra entrevistado en su consultorio:

“El tema de las adicciones no me interesa particularmente, lo que pasa es que en el privado los otros psiquiatras no los toman, directamente. En La Plata hay gente que se subespecializa, entonces uno derivaba y tenía nombres. Acá nosotros somos cuatro psiquiatras de adultos, entonces si vos le decís que no lo hacés, adónde lo mandas? Entonces desde ese lugar uno los toma”

A través de las entrevistas realizadas, encontramos que tanto los profesionales que trabajan en dispositivos provinciales, municipales y en su consultorio privado, entienden a su labor como un servicio que conlleva la idea de la vocación y también como una forma de intervención profesional orientada a la restitución de la salud.

Concomitantemente y debido a los cambios sociales y económicos ocurridos en nuestro país a partir de los años noventa, en los que nos hemos transformado en una sociedad de consumo, no podemos dejar de lado la relación instrumental con el trabajo, considerándolo un medio de acceso a determinados bienes.

Conclusiones del Análisis intracategorías

Para concluir el presente análisis intracategorial, podemos decir que, a pesar de la complejidad de la problemática y la creciente cantidad de casos de adicciones detectada, en Tres Arroyos sólo existen tres dispositivos de atención a las mismas. Dos son de carácter público y uno privado, teniendo acceso a este último solamente quienes poseen un alto poder adquisitivo, por el costo que demandan los tratamientos que allí se realizan.

Todos son de tipo ambulatorio, y en uno solo se realizan internaciones como forma de tratar los síntomas de la desintoxicación y la abstinencia, aunque las mismas nunca son por tiempos prolongados, sino más bien como intervenciones en crisis, de carácter agudo.

Solamente el dispositivo público provincial que funciona a nivel local posee las características de la atención específica a la problemática del consumo de sustancias. Allí trabajan desde un abordaje individual con el adicto, y poseen dispositivos grupales para la atención al entorno familiar del mismo.

Las formas de arribo de los pacientes a los distintos servicios tiene la forma de un circuito que se repite: derivados por emergencias, habiendo transgredido la ley o a través de la consulta previa de algún integrante del grupo familiar, ya que al ser ésta una problemática en la que la autopercepción de la enfermedad por parte de los adictos es prácticamente nula, no existe necesidad que se transmute en demanda de parte de los sujetos. Todos terminan siendo tratados en forma ambulatoria en el servicio público y provincial.

En este último existe una marcada escasez de profesionales que puedan cumplir con la demanda de la población, ya que quienes allí se desempeñan deben ocuparse al mismo tiempo de los tratamientos, tanto individuales como grupales, talleres y charlas de prevención y atención en crisis.

Debido a esto, existe cierto descontento por parte de los actores de la necesidad concreta, de todos los niveles y sectores, hacia este dispositivo. El reclamo parte desde el dispositivo escolar, público y provincial, ya que consideran que los talleres anuales que realizan los integrantes del servicio mencionado, no son suficientes ni promueven en los jóvenes un verdadero interés por la temática, y mucho menos actúan como facilitadores de la prevención.

Desde el dispositivo público municipal que funciona a nivel barrial (relacionado con la atención primaria de la salud) refieren que a las personas que allí consultan por las adicciones prefieren derivarlas a la atención psicológica en dicho centro, antes que remitirlas al dispositivo público provincial arriba mencionado, por considerar a este último ineficaz debido a la escasez de personal con la que cuentan.

Con respecto a la dotación de profesionales y su formación de posgrado en la temática que nos ocupa, podemos decir que la cantidad de los primeros que se ocupa del tema de las adicciones es muy limitada, tanto desde la Psicología como desde los abordajes médicos y sociales. La formación específica es casi inexistente, y quienes se desempeñan exclusivamente en esta problemática, han logrado experiencia y conocimientos a través de la atención a las mismas, sin capacitarse previamente.

Esta última consideración debe ampliarse teniendo en cuenta la poca oferta en capacitación o formación de postgrado que existe y que en comparación con otros sectores de salud mental, la atención específica a las adicciones no posee tantos puestos de trabajo de planta o están peor remunerados que los referidos a la atención general.



Por otra parte, la mayoría de las ofertas referentes a cursos o capacitaciones parten de las grandes ciudades, lo cual torna dificultoso el acceso a los mismos por parte de los profesionales locales, debido principalmente a los costos de los mismos y a la falta de personal que pueda cubrir su ausencia en el lugar de trabajo durante el tiempo que dura la capacitación.

Además, son escasos los puestos de trabajo ofrecidos en los servicios de atención específica a las adicciones como así también son pocos los profesionales recibidos o estudiantes avanzados que se interesan por desarrollar su carrera en lugares que atienden esta problemática. Todo esto ocurre justamente por lo anteriormente mencionado, a lo cual debe sumarse la baja remuneración percibida por la tarea, la gran sobreexigencia laboral a la que se ven sometidos y la posibilidad cierta de frustraciones que existen en el trabajo con adictos, al tener que enfrentarse con interrupciones o sucesivas recaídas que pueden ser entendidas como retrocesos en el tratamiento.

Así se produce una constante retroalimentación negativa entre oferta y demanda, que junto a la falta de inversión por parte del estado en la problemática de las adicciones, tanto a nivel preventivo como de atención secundaria, se convierte en un circuito pobre e ineficaz ante una realidad que nos afecta.

En lo referente a los tres constructos analizados, podemos decir que en cuanto a la visión Institucional, solamente tres de los servicios visitados centran su accionar en la prevención, aunque la misma no se perciba como eficaz por el resto de los actores involucrados. Los dispositivos restantes se enfocan en el tratamiento, como atención secundaria, una vez que ya se ha instalado la dependencia, de las adicciones.

La posición epistemológica preponderante es el Modelo Biomédico, y el criterio clasificatorio utilizado es el DSM IV y sus categorías diagnósticas. Podría interpretarse pensando que en el campo de la salud mental se vive un momento de transición hacia un

Modelo Biopsicosocial más abarcativo y sistémico, donde se tengan en cuenta fuertemente los factores sociales, económicos y culturales que contextualizan al sujeto. Pero como todo cambio, no se realiza en forma simultánea, por lo tanto en algunos dispositivos o servicios sería esperable la permanencia del modelo previo.

Entonces, trabajar desde el Modelo Biomédico implica pensar al sujeto adicto como alguien pasivo ("paciente"), y centrarse en una postura epistemológica ahistórica, pragmatista y fuertemente biologicista. Los procesos colectivos y contextuales son considerados secundarios y los profesionales que trabajan bajo este paradigma se centran en una práctica reparativa de la salud.

Por supuesto, estos postulados se corresponden fuertemente con el paradigma bajo el cual se trabaja, y la medicalización de la vida cotidiana. Esta última se refiere a 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.

Trabajar desde los criterios clasificatorios del DSM IV lleva también a los profesionales a pensar en categorías rígidas (que, al modo de entidades discretas, marquen los límites entre normal y anormal) y en etiquetas diagnósticas, que pueden llevar, en muchos casos, a la estigmatización de quien consume. El adicto puede sentirse entonces identificado con esta posición ("soy adicto") que le fue impuesta y que lo nombra, dejándolo sin la posibilidad de preguntarse acerca de eso que lo aqueja y que se puede subvertir. Implica coartarle la posibilidad de subjetivación, a partir de su imposibilidad de encontrarse con la particularidad de su deseo, propio e intransferible.

En cuanto a la filosofía de trabajo, encontramos que tanto los profesionales que trabajan en dispositivos provinciales, municipales y en su consultorio privado, entienden a su labor como un servicio que conlleva la idea de la vocación por el servicio público, por la

protección del bien común, y también como una forma de intervención profesional orientada a la restitución de la salud.

Concomitantemente y debido a los cambios sociales y económicos ocurridos en nuestro país a partir de los años noventa, en los que nos hemos transformado en una sociedad de consumo, no podemos dejar de lado la relación instrumental con el trabajo, considerándolo un medio de acceso a determinados bienes.

No encontramos en el discurso de los profesionales entrevistados alguna referencia al trabajo como instrumento de autorrealización, actividad libidinal, dignificación humana o modificación del entorno, que podían haber aparecido entre otras concepciones de la labor cotidiana.

Análisis Intercategorial

Para realizar el Análisis Intercategorial de las entrevistas realizadas, agrupamos las categorías en dos tríadas y una díada, quedando conformadas de la siguiente manera:

1- Dispositivos-Dotación de Recursos Humanos- Formación de Postgrado

Encontramos que la mayoría de las instituciones (públicas, privadas o del tercer sector) a las cuales concurrimos para realizar las entrevistas cuentan con profesionales psicólogos, con excepción de dos de ellas entre las que se encuentra una ONG y una perteneciente al sector provincial. En la ONG referida tienen pensado incorporar en algún momento un profesional Psicólogo y una Trabajadora Social, quienes desarrollarían su labor en forma voluntaria, ya que este grupo no cuenta por el momento con ningún tipo de recursos económicos, y funciona bajo la coordinación de madres de adictos recuperados. En cuanto al dispositivo público y provincial que funciona en una institución educativa, la falta de Psicólogo se debe a que quienes desarrollen su tarea allí deben contar con la formación correspondiente en esta área, aspecto que se encuentra prácticamente vacante en nuestra localidad.¹

Únicamente en uno de los centros que depende de la Provincia y que responde al tipo de dispositivo específico de atención a la problemática del consumo de sustancias, el equipo de profesionales ha realizado cursos de capacitación específica en adicciones. Los mismos se realizaron en las ciudades de Buenos Aires o Mar del Plata, no contando la ciudad de Tres Arroyos con institución alguna que facilite la formación de los profesionales en el tema.

¹ Cabe aclarar que aparenta ser la condición excluyente para acceder al cargo como Psicólogo del EOE, realizar el tramo de formación pedagógica para los niveles primario y secundario. La misma consiste en un curso sistemático de dos años de duración, en instituciones públicas o privadas.

En cuanto al grado de profesionalización de los Recursos Humanos, encontramos que en todos los dispositivos públicos y privados, tanto municipales como provinciales, existen profesionales con título de grado habilitante en distintas disciplinas (medicina, psicología, educación, trabajo social). Trabajan en equipo y se reúnen periódicamente, y por lo menos en los dos servicios públicos, tanto provincial como municipal, y el sector privado, hacen hincapié en la forma de trabajo interdisciplinaria y consensuada. Recordemos que estamos hablando de adicciones, las que “constituyen un problema contemporáneo, no sólo local, técnico, específico o acotado al campo de intervención de una disciplina particular. Lo que se llama adicción-quizá aun una evidencia ideológica sin concepto riguroso que pueda cubrir la multiplicidad diseminada de sus usos- parece desbordar irremediablemente las capacidades de comprensión y acción de las disciplinas destinadas a sus cuidados.” (Lewcowicz, 1999)

De todas maneras, lo descrito anteriormente es destacado desde el discurso, o como una meta a lograr por parte de los profesionales implicados, ya que, en la práctica, la toma de decisiones acerca de los pasos a seguir en el tratamiento del adicto, no parece realizarse en forma conjunta ni consensuada, notándose una amplia preponderancia del modelo médico hegemónico.

2- Dispositivos- Demanda

En el análisis de esta década concluimos que la demanda no se efectúa en la mayoría de los casos directamente por quienes padecen la problemática de la adicción, ya 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 de atención ni se acceda a los dispositivos montados para su tratamiento.

La mayor parte de las consultas que se reciben son realizadas a través de familiares, allegados o se dan por intervenciones que proceden de otras instituciones (de salud, educación o jurídicas).

Todas ellas recaen en una de las instituciones que depende de Provincia, cuya capacidad instalada parecería insuficiente tanto para cubrir el dispositivo de atención que brinda (terapia individual o en algunos casos grupal), como en el número de integrantes del equipo profesional, ya que si bien se considera que la misma debe realizar un trabajo interdisciplinario, parecería no contar con los recursos necesarios para instrumentar un abordaje de salud mental comunitaria que permita llevar a cabo tal tarea y abarcar la complejidad de la problemática, tal como lo plantea la nueva ley de Salud Mental.

En esta ley, la N° 26657, del año 2011, aparece claramente tipificada el caso de las adicciones. Allí se especifica que las mismas deben abordarse como una patología más dentro del campo de las afecciones pertenecientes a la salud mental.

Artículo 4:- "Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud".

De acuerdo con los planteos de Cueva (2012), los nuevos desafíos en salud mental incluyen el aumento de la demanda de servicios, por parte de la sociedad, que faciliten la adopción de medidas efectivas de prevención y abordaje precoz de la conducta suicida, del abuso de las drogas y el alcohol y el fenómeno de la violencia.

Por otra parte, encontramos que al establecer una relación numérica entre oferta de dispositivos/ dotación de RR HH y demanda, ésta presentaría dificultades inminentes para ser satisfecha en su totalidad por el significativo nivel de escasez de los primeros. En el

sector público, a nivel municipal, los psicólogos no tratan la problemática de las adicciones de manera específica, aunque sí lo hacen los psiquiatras (en la etapa de desintoxicación y/o abstinencia), lo cual marca una clara tendencia a concentrar las acciones más en el nivel secundario de atención que en el primario.

En el dispositivo específico público y provincial, solamente cuentan con un profesional psicólogo para cubrir la necesidad de ambos lugares, y no poseen psiquiatra propio. Esto podría deberse a la escasa remuneración que perciben estos profesionales en el sector público, lo que contribuiría decisivamente a que prioricen su trabajo en el sector privado y predomine la relación instrumental/ económica con el trabajo por sobre la vocación. En esta última institución, que además de intervenir plantea la necesidad de la prevención y la promoción de la salud, no parece posible realizar este último cometido, tampoco, debido a la escasez de personal y a la falta de recursos provistos por el Estado. Esto ha sido claramente manifestado por los actores de la necesidad concreta.

También es complicado en lo referente a la internación, ya que en nuestro medio no existen centros, o comunidades específicas, y la misma se realiza por un período corto de tiempo, y en el mismo servicio donde se tratan distintas patologías psiquiátricas.

En general, se podría decir que se trata de una atención focalizada a la prevención secundaria, no al tratamiento, sino al aislamiento, desintoxicación y externación del paciente. Es una intervención aguda, o de urgencia en los casos más graves y converge la escasez de recursos de todo orden: físicos, administrativos, humanos y económicos. Que no se cubra el nivel de la atención específica supone que no se termina de abordar el problema a nivel comunitario.

3- Visión- Posición- Filosofía

A partir del análisis de esta tríada, podemos concluir que los distintos Servicios trabajan con visiones institucionales muy heterogéneas. Aunque la mayoría pertenecen al sector público, tanto provincial como municipal, solamente tres de los siete visitados hacen hincapié en la prevención como forma institucional de abordar la problemática. Los demás hacen hincapié en la intervención, es decir, en forma de tratamiento (como atención secundaria) del adicto.

En cuanto a la relación entre diagnóstico- pronóstico y tratamiento, coincidimos con Camacho (2006), quien plantea que un diagnóstico es una construcción que se realiza para caracterizar ciertas problemáticas humanas mediante la observación, la recolección y el análisis de ciertos datos. Por lo tanto, los diagnósticos no son la realidad, aunque pueden ser cosificados y reificados para rotular a las personas.

Al ser aproximaciones, deben ser revisadas periódicamente, ya que las mismas cambian no solo en cada paciente en forma individual sino también la misma comunidad científica modifica periódicamente los criterios y sistemas clasificatorios.

En la mayoría de los casos, estas operaciones tienden a hacerse tomando como parámetros los criterios del DSM IV. Trabajar desde las clasificaciones de este Manual lleva a los profesionales a pensar en categorías rígidas (que, al modo de entidades discretas, marquen los límites entre normal y anormal) y en etiquetas diagnósticas, que pueden llevar, en muchos casos, a la estigmatización de quien consume.

Si bien el argumento usado para justificar esta forma de trabajo está referido a la posibilidad cierta de unificar criterios, facilitar la comunicación y establecer parámetros entre los distintos profesionales implicados en el abordaje del adicto, tampoco deja de ser cierto que esta caracterización entorpece el trabajo con los pacientes que poseen obras

sociales, ya que las mismas limitan el tiempo de tratamiento (cantidad de sesiones y/o entrevistas) de acuerdo a este diagnóstico clasificatorio.

Por otra parte, e íntimamente relacionado con lo anterior, quedaría por fuera del momento diagnóstico la posibilidad de conocer la historia del sujeto que padece; su vida, sus posibilidades, su angustia, el contexto que lo envuelve y que, en ocasiones, hasta lo determina. Y estos factores son fundamentales en el abordaje de una patología que parece tener sus bases en lo profundo de la psicología de las personas, en la “operación inconciente que la determina” y como “defensa frente al dolor de existir” (López, 2007), mas que como un rasgo o patrón de conducta de superficie.

De acuerdo con un informe del Ministerio de Salud de la Nación, del año 2013, podemos decir que la construcción de información en el campo de la salud mental se encuentra desde sus inicios asociada al campo disciplinar de la psiquiatría. Las formas de elaboración de diagnóstico fueron traspasadas desde la medicina tradicional casi sin mediaciones. La misma presenta limitaciones y dificultades a la hora de dar cuenta de la complejidad en salud mental. La nueva Ley Nacional de Salud mental antes mencionada, define a la misma en el artículo 3º, como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.” Esta definición introduce la dimensión social e histórica como parte constitutiva del proceso de salud-enfermedad-atención. Esta concepción habilita la posibilidad de interrogar y redefinir el objeto de estudio. Por lo tanto se presenta un desafío: cómo hacer operativa esta definición para la construcción de nuevas clasificaciones que resulten sensibles y acordes a las problemáticas de salud mental en su contexto socio-histórico. En el nivel de la práctica concreta, podemos decir que los diagnósticos que realizan los profesionales de la salud, son utilizados para tratar el

problema agudo, las patologías asociadas (co morbilidad) y en los casos en que se lo considere pertinente, realizar las derivaciones a centros de internación especializados.

Al realizar esta clasificación basada en criterios pre establecidos según la patología, queda por fuera la historia y el contexto del sujeto, que son determinantes en la constitución psíquica del mismo, tratando el síntoma y no la causa.

Por otra parte, y específicamente en la problemática que nos ocupa, tampoco debe olvidarse la existencia de la patología dual asociada. Los profesionales entrevistados coinciden en que en su práctica cotidiana es difícil encontrarse con un adicto "puro", ya que la mayoría de las adicciones se presentan como emergentes de una patología psiquiátrica asociada. Los pacientes con dependencia de cocaína tienen la mayor prevalencia de trastornos asociados. Aproximadamente entre 30-50% sufrirán trastornos del ánimo, mientras que un 30-50% presentan personalidad de tipo anti-social, mientras que los pacientes con dependencia del alcohol presentan trastornos depresivos asociados al consumo.

Diagnosticar en la etapa de admisión la presencia de un trastorno psiquiátrico concomitante con el consumo de drogas (pacientes duales), facilita el tratamiento y la derivación oportuna al dispositivo correspondiente. De este modo se mejora el pronóstico, ya que se amplía el espectro hacia un abordaje lo mas abarcativo posible.

Cabe entonces considerar que no existen a nivel local tratamientos, a nivel de atención secundaria de la salud, específicos para la problemática que nos ocupa, debido principalmente a la falta de formación de postgrado de los profesionales implicados. Esto último podría deberse al desinterés, la distancia de los centros de formación especializados, la poca oferta laboral o con baja remuneración en la temática (lo que se traduciría en escasa demanda de capacitación) y la frustración profesional que produciría el trabajo en adicciones, debido a la complejidad inherente a la problemática, la falta de

dispositivos existentes y a que las posibles y sucesivas recaídas de los pacientes en el consumo pueden ser entendidas como retrocesos en el tratamiento, entre otros factores.

De los pocos lugares en los que se trabaja con adictos es difícil conocer la eficacia de los abordajes planteados, ya que no se cuenta con un método adecuado de seguimiento de quienes transitan por ello sumado a la falta de conciencia de enfermedad por parte de quienes lo padecen.

Podríamos concluir en este punto que se esperarían mejores pronósticos en este campo de atención si se pensara a la adicción como una enfermedad crónica, ya que quienes la sufren “no se curan, sino que se rehabilitan” (Zamorano, 2008). Esta consideración haría más tolerable la frustración frente a las recaídas, considerándolas una parte esperable y necesaria dentro del periodo de recuperación de los adictos. Por supuesto, la forma de trabajo para obtener resultados más favorables y duraderos debería siempre ser la interdisciplinar, teniendo en cuenta todo lo mencionado anteriormente acerca de la multideterminación y multicausalidad de esta problemática.

Aparece también como una dificultad, el logro del trabajo en red o en forma coordinada en la mayoría de los casos, debido principalmente a la escasez de Recursos Humanos en todos los niveles de abordaje (primario, secundario), lo que complica aun más el seguimiento de los pacientes en cada paso de su atención y la posibilidad de coordinación y diálogo entre los dispositivos existentes.

Donde sí parece lograrse la unificación de criterios es, y a pesar de lo anteriormente expuesto, en la posición epistemológica, ya que se remiten todos los dispositivos al Modelo Biomédico a la hora de formular los diagnósticos correspondientes y como única forma de lograr el entendimiento profesional.

A través de las entrevistas realizadas, encontramos que tanto los profesionales que trabajan en el ámbito público como privado, entienden a su labor como un servicio que

conlleva la idea de la vocación por el servicio público, por la protección del bien común, y también como una forma de intervención profesional orientada a la restitución de la salud. Estas ideas asociadas a la filosofía de trabajo representan otra coincidencia entre los servicios o dispositivos visitados.

Los profesionales que desarrollan su labor diaria en la problemática de las adicciones, tanto en dispositivos de atención específica a las mismas como en los que trabajan en servicios generales, sostienen la filosofía de trabajo arriba descrita, a pesar de que muchas veces su intervención profesional no se realice en las mejores condiciones, debido a la complejidad de las patologías, la falta de recursos (humanos, materiales y económicos) y los medios necesarios para trabajar.

Podemos interpretar que este último punto en común encontrado en los distintos dispositivos locales se encuentra relacionado con la posición epistemológica subyacente a los mismos, que también termina coincidiendo, presentándose como hegemónico el paradigma Biomédico.

Trabajar bajo este modelo implica tener una concepción de hombre pasivo ("paciente"), ahistórico, donde los procesos colectivos y contextuales son considerados secundarios y la práctica profesional tiene una fuerte impronta pragmatista y biologicista.

Entonces, es coherente encontrar que quienes desarrollan su práctica laboral diaria bajo estos postulados, entiendan a su trabajo como una vocación de servicio y una práctica reparativa de la salud, considerándose al abordaje de las adicciones como una enfermedad que puede (y debe) curarse, y donde la implicación del sujeto en los procesos de salud-enfermedad-atención es casi nula y descontextualizada.

Consideraciones Finales

Como forma de concluir el presente Trabajo de Investigación, corresponde presentar las siguientes consideraciones finales:

De acuerdo a la Hipótesis planteada donde, en función de investigaciones anteriores, decíamos “*al abordar el sistema local de atención a las adicciones, encontraremos diversidad de visiones institucionales, de posicionamientos epistemológicos y de modalidades de abordaje en los agentes y dispositivos que lo conforman*”, hemos encontrado una gran variedad de visiones institucionales, aun en servicios pertenecientes al sector público tanto provincial como municipal.

Esta disparidad de criterios dificulta el trabajo en red y el abordaje interdisciplinario, a pesar de ser ambos objetivos deseables y planteados como necesarios por los actores implicados y por la nueva Ley de Salud Mental.

Sí encontramos importantes grados de acuerdo en cuanto a la posición epistemológica, al menos en lo que respecta al criterio diagnóstico, ya que aun el dispositivo que plantea desde la teoría un modelo biopsicosocial, en la práctica adhiere también al modelo biomédico. Esta coincidencia ocurre principalmente por el grado de hegemonía que ejerce el modelo biomédico por sobre el modelo biopsicosocial, tanto en el campo de la salud mental como en el subcampo específico de atención a las adicciones.

En lo referente al primer objetivo planteado: “*Describir en profundidad la organización de servicios que cuenta cada dispositivo, en términos de talleres, grupos, psicoterapia, etc.*” debemos decir que en lo sustancial hemos podido cumplirlo. Esta descripción exhaustiva se vió facilitada por la poca dotación de servicios específicos de atención y recursos humanos especializados con que cuenta Tres Arroyos, debiendo ser marcado esto como una dificultad a ser corregida en un no muy lejano plazo.

Cabe acotar que ante la realidad de los dispositivos disponibles, debimos realizar un relevamiento complementario, ya en el nivel de la necesidad concreta, incluyendo a nuevos actores y servicios.

Estos casos a observar/entrevistar, muchas veces no se encuentran relacionados directa y específicamente con la atención especializada a las adicciones, sino que se trata de dispositivos e instituciones que transitan la problemática de manera indirecta (por derivaciones, admisiones o prevención) o lugares donde la problemática es advertida por profesionales generalistas. La razonabilidad de estas opiniones surge de considerarlos como fuentes representativas desde donde parten concretamente los pedidos de intervención o abordaje. Se trata de aquellos actores que generalmente están en contacto directo y ofician de intermediarios entre el adicto y su familia, aquellos que sufren por esta enfermedad, y los servicios de atención especializada. Instituciones escolares, judiciales, ONG y servicios sociales barriales son los puntos clave de entrecruzamiento de discursos, ya que es ahí donde recurren las personas a consultar, tanto por elección como por obligatoriedad.

El siguiente objetivo: “Describir *la organización, en términos de atributos de pacientes como sexo, edad, nivel socioeconómico y perfil de consumo*”, fue logrado en grado parcial, ya que no existe una base de datos objetivos ni una estadística oficial al respecto, contando los distintos dispositivos sólo con datos aproximados para ofrecernos. De todas maneras, aun partiendo desde esta falencia en el sistema de información, y cruzando los datos obtenidos en el objetivo anterior, podemos dar cuenta de que la demanda creciente a nivel local pone en situación de desborde la capacidad instalada de los servicios montados en Tres Arroyos para atender este tipo de problemáticas, y de la importancia de la creación a futuro de un sistema de monitoreo (vigilancia) en el campo de las adicciones.



En cuanto al tercer objetivo, que planteaba *“Relevar la dotación de profesionales que cuenta cada dispositivo, en términos de carreras de grado, formación de postgrados y experiencias de trabajo en la problemática”*, podemos decir que hemos podido cumplir sustancialmente con el mismo. Si bien la mayoría de los lugares visitados cuenta entre sus filas con profesionales psicólogos, ninguno posee formación de postgrado específica en adicciones, y solamente uno tiene años de experiencia en el abordaje de este tipo de problemáticas. Lo mismo ocurre con los psiquiatras consultados. Este relevamiento permite observar la dotación insuficiente de profesionales formados y capacitados con especificidad en la temática de las adicciones, dispuestos a trabajar tanto en servicios públicos como privados de salud mental. La situación se complejiza aun mas si se plantea desde la expectativa de trabajo con abordaje comunitario (salud mental comunitaria).

Con respecto al cuarto objetivo, donde pretendíamos *“Reconstruir la visión institucional, posicionamiento epistemológico y filosofía de trabajo de cada dispositivo”*, encontramos que se pudo conseguir en un alto grado, a través de las entrevistas y el relevamiento documental (donde éste existía) de los distintos actores involucrados. En cuanto a la visión Institucional, encontramos que los dispositivos trabajan con visiones muy heterogéneas: solamente tres de los servicios visitados centran su accionar en la prevención, y los restantes se enfocan en la intervención, en forma de tratamiento, como atención secundaria, una vez que ya se ha instalado la dependencia de las adicciones.

Acerca de la posición epistemológica y a la filosofía de trabajo encontramos altos grados de homogeneidad en los distintos servicios. Respecto a la posición epistemológica preponderante, podemos decir que es el Modelo Biomédico, y que el criterio diagnóstico más utilizado es el modelo de trabajo del DSM IV (modelo multiaxial). En cuanto a la filosofía de trabajo, hemos encontrado que tanto los profesionales que trabajan en el ámbito público como privado, valoran su labor desde la idea de la vocación por el servicio

público, por la protección del bien común, y también como una forma de intervención profesional (especializada) orientada a la restitución de la salud. Este pensamiento subyace a su labor cotidiana, a pesar de que muchas veces su intervención profesional no se realice en las mejores condiciones, debido a la complejidad de las patologías, la falta de recursos (humanos, materiales y económicos) y los medios necesarios para trabajar.

Por último, es necesario destacar que es cada vez más representativo el desborde de la capacidad instalada del sistema de atención a las adicciones en la ciudad de Tres Arroyos. Ante la realidad que estamos viviendo, aparecen mayor cantidad de casos, cada vez más complejos, que ponen en cuestión nuestras categorías clínicas para abordar la temática que motivó el presente Trabajo de Investigación.

Bibliografía

Álamo, C., López Muñoz, F., Cuenca, E. (2000): Abordaje farmacológico de las recaídas en las adicciones. *Adicciones*. Vol. 12. (4). pp. 527-539.

Almirón, L. (2008): Construcción rizomática del concepto de Salud Mental. *Alcmeon*, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Año XVII, Vol. 14. (4) pp. 56 a 65

Altman, J., Everitt, B.J., Glautier, S. Et al (1996): The biological, social and clinical bases of drug addiction: cometary and debate. *Psychopharmacology*.

Aizpiri Díaz, J., Barbado Alonso, J.A, Cañones Garzón, P. J y ot. (2002): Trastornos por sustancias de abuso (y III): Otras drogodependencias. *Medicina General*. (48) pp. 814-823.

Arredondo, A. (1992): *Análisis y reflexión sobre Modelos teóricos del proceso salud-enfermedad*. Recuperado el 15 de marzo de 2014 de <http://www.scielo.br/pdf/csp>

Baker, T.B, Morse, E.y Sherman, J.E (1987): The motivation to use drugs: A psychobiological análisis of urges. En Rivers, P.C. *The Nebraska Symposium on Motivation: Alcohol use and abuse*. University of Nebraska Press: USA.

Best, S.E, Oliveto, A.H y Costen, T.R (1996): Opioid addiction. Recent advances in detosification and maintenance therapy. *CNS Drugs*. Num. 6. pp. 301-314.

Bousoño, T. (1999): Toxicomanías y segregación. *Psicoanálisis y Hospital*. Editorial Del Seminario: Buenos Aires.

Camacho, J. (2006): *Los diagnósticos y el DSM IV*. Recuperado el 12 de febrero de 2014 de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo15.pdf>

Castoriadis, C. (1997): *El avance de la insignificancia*. Editorial Eudeba: Buenos Aires.

Cueva, G. (2012): Violencia y adicciones: Problemas de Salud Pública. *Perú Med. Exp. Salud Pública*. (29).

Diccionario de la Lengua española (2001). Real Academia Española. (22ª Ed.) Editorial Espasa: Buenos Aires.

Di Domenico, C. y Vilanova, A (2001): *Orientación vocacional: formulaciones teóricas actuales y derivaciones interventivas*. XXVIII Congreso Interamericano de Psicología (SIP).Chile.

Donghi, A. (2000): Clínica de las adicciones (o como arreglárselas con el imperativo del consumo: goza para no saber nada). En Donghi, A. y Vázquez, L. (comp.) *Adicciones: Una clínica de la cultura y su malestar*. Editorial JVE: Buenos Aires.

Freud, S. (1929): El malestar en la cultura. *Obras completas*. Tomo XXI. Amorrortu Editores: Buenos Aires.

Goffmann, E. (1976): Síntomas psiquiátricos y orden público. En Forti, L. (comp.) *La otra locura*. Tusquets Editor: España.

González, R (1999): *Fundamentos para una filosofía del trabajo. Cuaderno de anuario filosófico*. (27). Recuperado el 6 de marzo de 2014 de [http:// www.dspace.unav.es](http://www.dspace.unav.es).

González, S. y Moya, L. (2009): *Las adicciones: una mirada metateórica*. Manuscrito no publicado. Facultad de Psicología. UNMdP. Mar del Plata. Argentina.

Landaburu, E. (2007): *Programa Medios en la Educación - El diario en la escuela. IV Seminario de Educación: sobre Adicciones*. Recuperado el 17 de marzo de 2014 de <http://www.losandes.com.ar/.../2007-%20Conferencia%20Estela%20Landaburu.doc>

Lewcowicz, I. (1999): Subjetividad adictiva: un tipo psicosocial históricamente instituido. En: Donghi, A., Vázquez, L. (comp.): *Adicciones. Una clínica de la cultura y su malestar*. Editorial JVE: Buenos Aires.

Ley Nacional de Salud mental (2011): Recuperado el 18 de marzo de 2014 de www.fepra.org.ar/docs/salud_mental/ley_nacional_26557.pdf

López, H. (2007): *Las adicciones. Sus fundamentos clínicos*. Editorial Lazos: Buenos Aires.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales. DSM IV. (1995). Editorial Masson: Barcelona

Mayer, H. (1998): Adictos, esclavos contemporáneos. *Zona Erógena*. Buenos Aires.

Menéndez, E. (1985): *Modelo hegemónico, crisis socio-económica y estrategias de acción en el sector salud*. Recuperado el 18 de marzo de 2014 de <http://www.hjunin.ms.gba.gov.ar>

Ministerio de Salud de la Nación (2013): *Experiencias territoriales de sistematización de información en salud mental y adicciones*.

Morin, E. (2003): *Introducción al pensamiento complejo*. Editorial Gedisa: Barcelona, España

National Institute of Health. (1998): *Effective medical treatment of opiate addiction*. NIH Consens Statement.

Observatorio Argentino de Drogas (2010): *Estudio Nacional en pacientes en centros de tratamiento*. Argentina 2010. Recuperado el 7 de marzo de 2014 de <http://www.observatorio.gov.ar>.

O'Brien, C. P. y Mc Lelland, A.T. (1996): Mitos sobre el tratamiento de la adicción.

O'Brien, C.P (1997): Progress in the science of addiction. En *American Journal of Psychiatric*. (154).

Redondo, A. (2002): *El mundo del trabajo, la Psicología Laboral y el rol del Psicólogo*. Manuscrito no publicado. Facultad de Psicología. UNMdP. Mar del Plata. Argentina.

Rubio, G., Alguacil, L.F, Álamo, C. et al (1992): Relapse to opiate provokes biphasic changes of blood pressure in heroin-withdrawn addicts treated with clonidine. *Drug and Alcohol dependence*. (30) pp.193-198.

Robbins, S. (2011): *Comportamiento Organizacional*. (7ª Ed.) Editorial Prentice Hall.

Svampa, M. (2004): Estado, Democracia y Proyecto de Nación. Modelos de ciudadanía y actores sociales durante los noventa. *Escenarios*. Año 4 (8) UNLP. Escuela de Trabajo Social.

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

Tiffany, S.T., (1990): A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological Review* pp. 147-168.

Vázquez Aguado, O. (1988): Pensar la Epistemología del Trabajo Social. *Pensar la Epistemología del Trabajo Social*. p.269.

Zamorano, E. (2008): *Dispositivo de atención en adicciones*. Manuscrito no publicado. Facultad de Psicología. UNMdP. Mar del Plata. Argentina.

Anexos Metodológicos

1- Protocolo de Entrevistas

- 1- ¿Cuánto hace que funciona la institución? ¿De quién depende? (Público, privado, tercer sector)
- 2- ¿Qué tipo de servicios brindan?
- 3-¿Cuál es la modalidad de trabajo?
- 4- ¿Cuáles son los horarios de atención?
- 5-¿Realizan interconsultas? ¿En qué situaciones?
- 6- ¿Cómo actúan en el caso de derivaciones? (Preguntar con un ejemplo)
- 7- ¿Como realizan las operaciones de diagnóstico? ¿Trabajan con nomencladores?
- 8-¿Qué personal se desempeña en la institución? ¿Profesionales, técnicos, auxiliares (operadores sociales, acompañantes), otros?
- 9- ¿Cuántos de ellos son profesionales y que títulos poseen?
- 10- ¿Alguno tiene formación de posgrado? ¿En qué temática? Sistemáticos (carreras de especialización, maestrías, doctorados y postdoctorados) y no-sistemáticos (cursos, seminarios, actualizaciones, congresos)
- 11- ¿Puede brindarnos información aproximada del tiempo que hace que se desempeña el personal en esta Institución?
- 12-¿Cómo (a través de que vías de acceso) llegan los sujetos a atenderse?
- 13- ¿A que población atienden? Cantidad- Edad- Sexo- Nivel socioeconómico.
- 14- ¿Cuál es la sustancia de mayor consumo?
- 15- ¿Cuál sería la edad de inicio en el consumo?

Cabe aclarar que al momento de entrevistar a aquellos actores que se relacionan de manera indirecta con la problemática de las adicciones, pero que debieron ser tomados en cuenta para enriquecer la presente investigación, se mantuvo lo mas fielmente posible el contenido del presente protocolo de entrevistas, agregándose algunas preguntas nuevas y específicas para cada Dispositivo visitado.

2- Entrevistas

Servicio de Salud Mental del Hospital

Psiquiatra 1

- Yo llevo veintiún años ejerciendo la especialidad de Psiquiatría. Esta institución de Salud Mental específicamente hará siete años que se inauguró gracias al aporte de la Comisión de Amigos del Hospital que construyó este edificio. De quien depende? De la Dirección del Hospital porque no tiene jefe de servicio y funciona como una especialidad más.
- la atención es a todo tipo de patologías psiquiátricas. El ingreso tiene que ver con pacientes con cuadros depresivos, psicóticos, adictos, con trastornos de ansiedad. En general, todo lo que tiene que ver con las patologías psiquiátricas. Se realizan solamente terapias individuales.
- Los pacientes son evaluados por Psiquiatría, por Psicología y a su vez la intervención de Servicio Social en caso que sea un paciente que tenga “características sociales” más allá de la “patología psiquiátrica”. Esto en los pacientes psiquiátricos es muy común que no tengan una contención familiar o que no sea muy pretenciosa. Si no interviene la Asistente Social, viene, se internan y quedan...
- Concretamente es un servicio de agudos donde hay 11 camas y atiende Tres Arroyos y cuatro distritos más. Tratamos de tener a los pacientes internados el menor tiempo posible, obviamente en la medida que el paciente este bien, sino permanecerá internado el tiempo que sea necesario, pero no es la modalidad de un servicio de crónicos donde están tres, cuatro, cinco meses o hasta un año internados. No es así esto. La idea es tratar de compensar el agudo y luego, una vez compensado el paciente, continuar por consultorio externo con seguimiento periódico. Entonces la modalidad de trabajo acá es con Internación y consultorios externos.
- Los horarios de atención son de siete y media a doce y media. Estamos todos a la mañana acá, Psicólogo, Psiquiatra, Asistente Social. Por la tarde queda el Personal de enfermería, y sábados y domingos estamos de guardia los Psiquiatras. Son guardias pasivas, donde tenemos que venir a pasar Sala, evaluar interconsultas si piden de otros Servicios y quedar a disponibilidad, como toda guardia pasiva, x si nos llaman. Te pueden llamar diez veces o nada, depende de los ingresos que hay o de lo que pase con los internados de acá adentro.
- Sí. De nosotros para afuera y de afuera para acá. Ayer por ejemplo ingreso un paciente con un cuadro delirante, pero tenía antecedentes de cáncer de colon, con un laboratorio de anemia galopante. Entonces se solicitó la intervención de Clínica Médica, y el médico clínico entendió que la patología era orgánica y no psiquiátrica y fue derivado al Servicio que corresponde. Y del resto de los Servicios a nosotros, de Maternidad, la psicosis posparto por ej., de Cirugía cuadros de excitación psicomotriz posterior a la anestesia) de Clínica médica depresiones, cuadros psicóticos por patología orgánica.
- Se trata de priorizar la atención de los pacientes que no tienen nada, si tiene obra social los derivamos a las clínicas que trabajan con la obra social. Generalmente es a Bahía Blanca. Los que no tiene nada, bueno, nos encomendamos a Dios y tratamos de sostenerlos acá porque derivar de hospital a hospital es muy difícil porque los servicios están abarrotados. Es muy difícil derivar sin obra social.
- En el tema de la adicción, (esto es una postura totalmente personal, de la experiencia de hacer veinticinco años la especialidad y veintiuno de estar acá), el paciente adicto lo que se hace en este Servicio es que ingresan por Emergencia, por ejemplo, los derivan a Salud Mental, donde se trata sobre todo la abstinencia y luego se trata inmediatamente de dar intervención al CPA, que es quien determina como continua esto.
Generalmente superada la etapa de intoxicación (que es como ingresan) y la abstinencia que es lo que vemos acá después, superado eso el CPA evalúa si es para continuar por consultorio externo o si es para derivar a una Comunidad Terapéutica.
- La abstinencia generalmente es esperable que aparezca en el término de setenta y dos horas, o no... (...) Generalmente se estabiliza con psicofármacos el cuadro de excitación psicomotriz que

genera la abstinencia y luego determinar, generalmente hay una causa que desencadena en la adicción, entonces, evaluar, si es un paciente adicto o es un paciente dual. Me refiero que hay una patología psiquiátrica de base, que como emergente está el consumo de drogas. Mi maestro decía, como sabio que es, porque todavía vive pero esta jubilado, que un adicto decía que un adicto puro es muy raro de ver, generalmente la adicción es el emergente de algo. Generalmente por lo que veo yo en el transcurso de todos estos años de ejercer la especialidad es que lo que predominan son los cuadros depresivos de base sobre todo en los cuadros alcohólicos donde la desinhibición que provoca el alcohol les permite animarse hacer lo que no se animan porque hay una patología de base. Y en los trastornos de personalidad, los trastornos borders y adicción... la comorbilidad, casi van de la mano. Arriba de todo lo que tiene, tienen la adicción. (...)

-Sí se trabaja con nomencladores. Con el DSM IV para unificar criterios, más que nada.

-El servicio cuenta con cuatro psiquiatras, tres de adultos y uno infanto juvenil y con cinco psicólogos, tres de adultos, uno infanto juvenil y uno infantil, más los psicólogos en las salitas. Tenemos también dos asistentes sociales, quienes buscan a los acompañantes terapéuticos más que nada para supervisar la continuidad del tratamiento, la asistencia a consultorio externo y al CPA. No es gratificante el trabajo con un adicto porque en un gran porcentaje dejan y retoman la adicción. (...) Creo que la red está armada, lo que depende del profesional, uno le aporta el cincuenta por ciento, pero el otro cincuenta por ciento lo pone el paciente. Si no asiste, si no hace el tratamiento, si no va al CPA, si se planta que a una CT no va a ir...y bueno, excede la forma de ayudarlo porque necesitamos la colaboración como para cualquier otro tratamiento. No es fácil.

-El psicólogo de acá no atiende adictos, se limita a la patología que ingresan que no tienen que ver con adicción. Ingresan un paciente adicto e inmediatamente se le da intervención al CPA. Si el psiquiatra ve todas las patologías de Tres Arroyos y la zona porque el CPA no tiene psiquiatra. Entonces, la movida que se hace es internar el adicto acá, lo evalúa el psiquiatra, le indica el tratamiento y viene el Psicólogo del CPA y trabaja al respecto. Pero el fin de semana y el cuadro de excitación es trabajo de un Psiquiatra.

-En la formación que uno tiene en la residencia la patología adictiva esta y después depende de la actitud personal buscar formarse en la adicción. No hay formaciones de posgrado específicas en el área de adicciones.

- Cuando yo vine hace veintiún años atrás estábamos mezclados con Clínica médica, cosa que es un infierno porque el paciente psiquiátrico es difícil. Después logramos que nos dieran un lugar con cuatro camas. Después vino la Comisión de Amigos y moleste bastante, mucho, mucho, tanto rompí la paciencia que se designó un dinero para construir esto.

- La mayor vía de acceso es por guardia, por derivación de los distintos servicios del hospital, por admisión o consultorios externos de lunes a jueves. Los viernes tenemos dos Psiquiatras donde está abierto a urgencias, internaciones.

- El nivel socioeconómico es de una clase social media-baja. El porcentaje en cuanto al género creo que hay más consultas femeninas que masculinas. Por consultorio externo se entregan diez turnos por día, mas los que llegan sin turno, derivados de otros servicios (que hay que atenderlos si o si) Generalmente hay siete u ocho camas ocupadas, en promedio.

Edades: promedio adulto joven, entre los veinte y cincuenta años, por decir.

- Consumo de alcohol y marihuana es lo de todos los días. Creo que desde el 2009 a la fecha de once camas, el cincuenta por ciento están ocupadas por adictos. Terrible la adicción. Hoy día ingresar un paciente entre dieciocho y treinta años y preguntarle si consume alcohol o marihuana es como preguntarle si come bien o duerme bien. Alcohol o marihuana encabeza, y después el resto: cocaína, LSD, paco...Alcohol y marihuana de la mano. El alcohol invita al consumo de marihuana y de cocaína.

-La edad de inicio es a partir de los doce o trece años.

Psiquiatra 2

- Los pacientes que llegan a la instancia de la internación son muy pocos los que llegan en estadios precoces, generalmente en estadios avanzados de la adicción y la mayoría llegan con causas o que han delinquido. En este estadio en el cual ya el paciente delinque para conseguir la sustancia es complicado el abordaje que se puede hacer. Tenés dos tipos de pacientes: el que llega, como

nosotros decimos, para guardarse... cuando se interna por voluntad un paciente que es consumidor crónico, uno mismo averigua si no tiene alguna causa pendiente para no quedar pegado legalmente con eso y otra veces no, llegan por un pedido de internación compulsiva de parte de la familia, pero junto con la internación uno averigua y hay causas abiertas también. Tenés que abordarlo como un consumo pero ya donde la adicción ha llegado a tal extremo que el paciente delinque para consumir. Ya ha transgredido las leyes, no se puede controlar... En los periodos lucidos entre consumo y consumo, ahí se pone un poquito mas reflexivo, puedes tener una entrevista con el...Reconoce el consumo pero niega la adicción, te digo lo que nos pasa acá. Hacen changas por ejemplo, hago tal trabajo, con eso ayudo a mi familia, la mantengo...es mentira porque no la mantienen y cuesta mucho hacerles visualizar que con eso no se pueden sostener. Ellos quieren hacerte ver que consumen y la manejan y vos tenés que hacerle el link y marcarle que su problema es adictivo porque ya están delinquiendo para consumir. Ese es el primer escollo con que nos encontramos. Eso es lo que pasa en la esfera publica.

-Los Psiquiatras quedamos atrapados en el sistema porque no podemos decir que no. En el público es muy perverso el sistema porque no puede decir que no a nada. El psicólogo puede pero el psiquiatra no. El psiquiatra queda preso legalmente de lo que es. Sos un referente para la institución y para los satélites. Si el CPA trae un paciente con criterio para internarlo, el que lo tiene que asistir concomitantemente es el Psiquiatra. Si el Juez indica una internación para evaluación psiquiatrica hay que aceptar lo que dice su Señoría, después uno puede negarse, pero en el mientras tanto hay que aceptarlo.

La mayoría de los casos de los chicos con adicciones vienen por oficio (son menos los que ingresan por guardias del hospital) por causa de familia, después uno averigua que tiene causas delictivas. Están denunciados por la familia y por el Tribunal de Familia. Se llama "protección de persona". No les queda causa. Después uno averigua y muchos tienen causas paralelas. Puede ser también que si cometió un delito menor y es adicto el Juez le conmute la pena por un tratamiento. Y ahí es donde viene la pregunta ¿Un tratamiento compulsivo a cambio de una pena, sirve? Tipo yanquilandia, viste? Ahí no sirve. Y lo otro es que el problema es que en las comunidades terapéuticas tanto la internación como el alta son voluntarias. La ida como la venida.

Entonces capaz están acá un mes, uno los desintoxica, le hacemos el aguante, entonces por ahí algunos se avivan y firman para irse, están diez días y firman para venirse. A veces los tenemos quince días, veinte, si deciden ellos que van a ir a una Comunidad, el CPA eleva los papeles a La plata, donde se toman su tiempo...la burocracia. En ese tiempo Salud Mental le hace de sostén, pero está con abuelos demenciados, pacientes con intentos de suicidio, con brotes psicóticos, maniacos. Un adicto generalmente en estos estadios avanzados también tiene rasgos de personalidad. Imaginate que los desintoxicas, que están con síndrome de abstinencia, que quieren consumir y están encerrados están, como ellos dicen, viviendo con locos...imaginate como los sostenes y cuando tenés tres o cuatro que se juntan...yo en broma digo un mini Batán.

Por ejemplo la vez pasada tuvimos un chico con una pulsera acá adentro, con arresto domiciliario, adicto que por supuesto seguía consumiendo y el Juez nos mando a pedir un informe a ver si consumía o no, y a partir del informe nuestro fue a Batán. El Juez te expone a una situación...todo eso queda en el expediente, son penas que en tres años sale por buena conducta...hay mucha exposición en estos lugares. Igual uno pone lo que considera que ve, no pensando en las consecuencias que te va a traer.

CPA

Licenciada en trabajo Social

- Nosotros comenzamos a funcionar como Secretaria de las Adicciones en el 2006, o sea desde...Como CPA vendrá a ser, perdón desde el 96, o sea hace un montón de tiempo, antes de eso pertenecía a la UCEF (Unidad de Fortalecimiento Familiar, dependiente de la Municipalidad) donde se trabajaba con adicciones, violencia familiar, niñez y adolescencia en riesgo. Después

intervino la Provincia y pasó a depender de la Subsecretaría de Atención de las Adicciones. De a poco se fue incorporando más personal y de a poco se fué conformando el equipo centrándose solo en el tema de adicciones, en la Subsecretaría se consideró demasiado atender todos los temas, como funcionaba en el mismo edificio el primer tiempo se seguía trabajando con violencia, con grupos de gente que se pudo recuperar viste, igual fue una experiencia muy linda de trabajo también con violencia. Actualmente depende de provincia, del Ministerio de Salud concretamente.

- Nosotros acá brindamos fundamentalmente atención ambulatoria y hacemos todo lo que es cuestión de prevención y promoción y lo que es el trabajo en red con las distintas instituciones de la ciudad, por ejemplo: un caso llega la familia, hace la primer consulta, se trabaja con la familia lo que nosotros llamamos proximidad, no? Trabajamos con ese grupo familiar que tienen un problema con... ya sea un padre, hermano, esposo o un hijo con problemas de adicciones y generalmente se trabaja con esa familia para que el paciente llegue, cuando el paciente llega, en dos o tres encuentros sirven para la etapa de diagnóstico, no? Mientras tanto todos los lunes vamos teniendo reuniones de equipo donde nosotros vamos viendo el desarrollo de los casos, los trabajamos con la Psicóloga y las dos secretarias que están con nosotros, yo soy licenciada en Trabajo Social y bueno... los vamos trabajando y el tratamiento... la familia se trata a la par del paciente. Esto produce una mejor evolución del tratamiento cuando la familia acompaña.....tenemos grupos de familia que concurren o a entrevistas familiares que son de orientación o bien a grupos de familias que son semanales. Por su lado el paciente también concurre a la atención en entrevistas individuales o los pacientes que vemos que pueden agruparse, a grupos de pacientes. Esto es la parte de asistencia, de intervención cuando la problemática ya está instalada. Después en cuanto a lo que es salida a la comunidad trabajamos con las salas, por ejemplo con la sala de Ranchos ya hace bastante que venimos trabajando y bueno, hemos trabajado con otras hace mucho tiempo, después tenemos un espacio, articulador CPA-Educación, donde se le brinda un espacio tanto a los docentes como a los integrantes del EOE, para realizar consultas sobre un caso particular o ante alguna problemática que surja en la escuela y quieran armar un taller, pudiéndose acercar los docentes o miembros del EOE al CPA o viceversa. En las salas barriales también se organizan talleres, grupos de orientación de padres, reparto de folletería, explicar cómo funciona el CPA, los horarios de atención, también nos vinculamos con los profesionales que trabajan en las salas, enfermeros, trabajadoras, médicos, con las promotoras de salud para ver de qué manera.... Y como trabajamos en un grupos de reflexión, junto con las residentes de trabajo social con las mamás de Ranchos trabajamos la trata de personas; se hizo una reflexión, trabajamos embarazo adolescente y los temas que fueron surgiendo...Es decir no específicamente adicciones sino de manera indirecta llegamos hasta ahí, el abordaje de trabajo es individual y grupal, bueno además de eso tenemos los grupos (ahí te estaba hablando de adicciones a sustancias y alcohol), aparte tenemos los grupos para dejar de fumar que están funcionando, bueno ahora terminó uno, generalmente funcionan dos en grupitos chiquitos a la par, o uno... depende de la demanda, que son diez encuentros para dejar de fumar y es una linda experiencia porque es una franja distinta de trabajo, dentro de esos diez encuentros vienen fumadores de grupos anteriores para brindar su testimonio. Esto sí comenzó en el 2006, están coordinados por mí, antes había cuatro psicólogos, es importante que haya más, la demanda es grande y no nos alcanza el tiempo para cubrir la demanda de Tres Arroyos y la zona...más los colegios... A veces nos llama la inspectora de primaria y secundaria. También trabajamos con el Servicio Local y el Centro de Referencia para ver cómo articular en la intervención de algún chico,... también fuimos a Envión, trabajamos con un grupo mixto y después con adolescentes mujeres, hasta que hubo un problema económico y ahora arrancaron otra vez, en la medida de lo que podemos es estar en contacto con la comunidad y las instituciones, pasa que siendo dos no podemos.
- Trabajamos con el DSM IV en las Historias Clínicas que se arman para enviar a La Plata, así nos podemos comunicar mejor.
- Yo soy Licenciada en Trabajo Social, dos voluntarias operadoras socio terapéuticas que nos acompañan en los talleres, dos secretarias y una Psicóloga (trabaja desde el Psicoanálisis freudiano). Antes eran cuatro psicólogos... Fernanda se fue de Tres Arroyos, Sebastian se fue al Juzgado de Familia y otra a Construyendo.

- Tenemos horarios bastantes amplios. Se atiende los lunes, martes y miércoles desde las ocho de la mañana hasta las catorce horas y los martes y jueves de ocho horas a diecinueve horas.
- Cuando hay casos con crisis importantes en el caso de adicciones o nosotros los derivamos a salud mental, cuando hay riesgo de vida, o una cuestión familiar que lo sobrepasa, pero generalmente es al revés van a Salud Mental y de ahí nos llaman, va la Psicóloga, los evalúa y vemos que tratamiento le corresponde si puede hacerse un tratamiento ambulatorio o si es necesaria una internación, para internación son contados los casos, pero bueno para eso igualmente se necesita evaluar psicológica y socialmente a la familia, al paciente, ver la cuestión de las redes, lo que puede... lo que no, bueno el consumo de sustancias, el compromiso con el consumo y se arma una historia clínica y si ese paciente va a internación se deriva la historia clínica al centro de derivación que está en La Plata, la Subsecretaría sede esta en La Plata, de ahí nos contestan si hay cupo o no en alguna comunidad que corresponde a la Subsecretaría
- La red de la Subsecretaría abarca todos los CPA de la provincia, y además las comunidades que son propias y otras que son conveniadas que toman pacientes de la Subsecretaría y con obras sociales, desde La Plata se re-evalúa el caso; nos llaman y nos dicen a que lugar va el paciente. No todos los pacientes son para internación, la mayoría puede hacer ambulatorio, si los pacientes son internados, acá se trabaja con la familia, y cuando el paciente sale se trabaja la re inserción, se trabaja con las Comunidades.
- Profesionales somos dos: la Psicóloga y yo
- Capacitaciones tenemos un montón, porque en un momento estábamos conveniados con la Universidad del Salvador, estaba bueno... una vez por semana viajaba yo y teníamos todo el tiempo Cursos... que los pagaba la Subsecretaría. En otro momento había Foros, que se hacían en Mar del Plata, donde iba gente de todos los CPA de varias zonas, se juntaban Mar del Plata, Bahía Blanca y Zona Centro, entonces nos juntábamos y se trabajaban distintos temas y vos elegías el que más te interesaba, dentro de las adicciones. Estaban muy buenos esos.
- Las dos estamos desde el año 95, y luego incorporamos gente
- Una de las vías por las que vienen los pacientes es que son derivados del centro de Salud Mental, del Centro de Referencia,... otros se acercan de manera espontánea a los grupos para dejar de fumar o por referencia de otros pacientes, también de las escuelas.
- La mayoría de los casos que atendemos son varones a partir de los diecisiete años y en su gran mayoría el nivel socio económico es bastante variado te diría que de todas las clases sociales, atendemos 146 pacientes por mes con sus familias.
- Las sustancias que consumen incluyen alcohol, marihuana y cocaína son las que predominan, hay algunos casos que se da el consumo de psicofármacos junto al alcohol, mucha cocaína, y algún caso aislado de paco porque alguien lo haya traído.
- La edad de inicio se está dando en edades tempranas, los chicos comienzan a consumir alcohol catorce años, es la puerta de entrada para otras adicciones.

Consultorio Privado de Psiquiatría y Psicología Médica

Psiquiatra

- Unipersonal y privado.
- En mi consultorio trabajo de manera multidisciplinaria, yo hago el trabajo psiquiátrico con escucha y contrato alguien que haga familia. Si no trabajan así no lo tomo. Con la oreja que tengo de escucha le digo que voy a armar un equipo y por ahí me tomo dos, tres o cuatro entrevistas para ver si necesitan un varón, una mujer, alguien mas grande, mas de su edad, mas del palo, que pueda hablar su lenguaje... que necesitan los padres para el de familia... para el individual me pongo un poco mas laxo, depende si quiere varón, mujer, si necesita un par o no... lo voy viendo en el tratamiento, me tomo mi tiempo con la escucha.
- En lo privado no es que se sea más laxo y en lo público mas estricto, sino que al privado llegan pacientes que están más en el período de abuso de sustancias (más leve, otro estadio) porque la familia esta más expectante, hay mucho mas herramientas para trabajar. Porque uno por ahí con una escucha mas afinada, seguimiento con un psicólogo y un abordaje interdisciplinario, una

medicación que le pueda cortar la abstinencia (aunque no hay una medicación anti-abstinencia), pero que le pueda bajar un poco la ansiedad. Suelen ser pacientes muy reacios a la "legal", como le digo yo, son muy reacios (...) "para andar atontado con esta prefiero andar vivo con la otra", te dice. Entonces hay que hacer todo un trabajo de hormiga como para ir despacito entrando con la legal, como no quedar desautorizado, como no reemplazar la merca ilegal por la legal, entonces no hay apuro. Muchas veces el paciente mismo cuando se empieza a deshabituarse el hábito el mismo pide que lo ayudes con algo...

Yo siempre les pongo como condición a él y a su familia un abordaje multidisciplinario. Si va a ir conmigo a buscar la solución mágica no lo tomo. No sirve. Por ahí es donde la escucha mía es más amplia. Estoy convencido que no sirve.

- En la Residencia el programa mío...el sellito dice Psiquiatría y Psicología médica. Entonces en los cuatro años de la Residencia a la par que tenía Psicofarmacología, Semiología psiquiátrica y Técnica psiquiátrica también tenía Psicoanálisis a la par, viendo a Freud y a Lacan, obligatoriamente. Tenía que rendir Psicoanálisis para pasar de año, los cuatro años. En el San Martín (en la Plata) era así. En la época que yo me formé era así, por eso la elegí, y tenía la misma exigencia en una cosa que en la otra. La única diferencia era que, como trabajábamos en equipo con psicólogos no podíamos hacer terapia en el Hospital para no superponernos. Y a su vez las admisiones en consultorio las hacíamos en equipos de Psicólogo con psiquiatra, con cámara Gesell y atrás de la cámara había otro equipo para después debatir el diagnóstico y darle una devolución... (...) Los que estaban atrás que no estaban entrevistando decían que faltó, que esto, lo otro. Entonces por eso por ahí uno se formó con mucha escucha (...) A nosotros nos formaron así. Y en el Sor María Ludovica a mi esposa también la formaron así. Y uno no puede dejar de escuchar con la otra oreja, con el filtro lo que está pasando...

- Horario de atención de lunes a viernes a partir de las trece horas.

- Generalmente en el privado los otros psiquiatras no los toman..."No hago adicciones" dicen. En La Plata hay gente que se subespecializa en adicciones, entonces uno derivaba y tenía nombres. Acá en Tres Arroyos somos cuatro psiquiatras de adultos y si vos le decís que no lo haces, ¿Adónde lo mandas? Entonces desde ese lugar por ahí uno los toma, pero siempre con este dispositivo...mas generalmente indicando terapia de familia...uno generalmente les dice "no salió de un repollo", dicho vulgar pero es el que más sirve. Es el emergente de una problemática familiar entonces los chicos tienen que estar en tratamiento psiquiátrico, psicológico y una terapia de familia. Y después tiene que ir a sacar cuentas si pueden solventar todo eso, sino tienen el dispositivo público que es más complicado...está el CPA...las personas están como medio decepcionadas con el CPA, por la falta de recursos... porque tenés una Psicóloga... una sola Trabajadora Social...lo que pasa que al tener uno de cada uno es complicado, porque si vos no tenés respuesta con uno porque no te fue bien no tenés alternativa...me parece que por ese lado...

- En el ámbito privado es más fácil el abordaje. Si tiene recursos es más simple, y en un estado menos avanzado... que el paciente este dispuesto a hacer el tratamiento más allá de las recaídas. Hace poco tratamos un paciente grave con una Psicóloga que hizo familia y otra que hizo el individual. Llevamos ya casi dos años de tratamiento, pero un paciente con adicción a los derivados de la morfina, que es una de las adicciones más jorobadas de tratar. Estuvo internado en una clínica privada, no lo quería tomar nadie en Tres Arroyos, me fueron a ver y...un caso de adicción importante. Y bueno, se armó un equipo con una terapeuta de familia y una individual que aceptaron el reto, pero igual yo le explique a la familia que armábamos ese dispositivo y hacíamos una prueba y en todo caso sino yo ya tenía un contacto en Mar del Plata con alguien que hace adicciones para derivarlo...porque a pesar que el muchacho no delinquía porque tenía recursos por la familia, un chico bien, digamos...arriba de los cuarenta. Y anduvo bien, con el abordaje multidisciplinario...al principio costó, hubo tropezones en el medio...porque él consumía derivados de opiáceos sintéticos, que se consiguen en las farmacias, entonces se le puso un Acompañante Terapéutico, se hizo todo el operativo de hablar con las farmacias para que no le vendan, bajo amenaza de ser denunciadas las farmacias. Eso fue gradual, a medida que fue entrando en tratamiento y haciendo vínculo, le fuimos diciendo..."hasta ahora podías ir a las farmacias, yo no te hago receta pero tal médico te las hace a cambio del bono de tu prestadora que es una de las buenas...a partir de ahora tu médico está enterado que no te puede hacer más. ¿Cómo las conseguís? Porque te las venden libremente...se van a encargar tus viejos, te avisamos". Ahí

corríamos el riesgo... "te pones loquito el paso siguiente es Mar del Plata porque acá no tenemos como contenerlo", ya había vinculo, fue después de siete, ocho meses... hablo el papá con las farmacias, porque había mucha madre ahí, entonces a propósito le hice poner los pantalones al padre, se le explicó la problemática, se levantó el secreto médico con el permiso de él... el padre fué y habló... fijate como se desandó el camino, en un trabajo integral. Nos reunimos la terapeuta de familia, la individual y yo, todos en bloque así ninguno quedaba pegado, para decirle... hablé yo porque el psiquiatra por ahí tiene más impunidad para decir las cosas en función del grupo... que era lo terapéutico para él. Es una adicción más grave que la cocaína y ahora lleva ya más de un año libre de sustancias, conmigo ya casi medicación no tiene, sigue viniendo conmigo porque sigue siendo vital una presencia masculina en el equipo, para reforzar a ese padre. También la psicóloga individual que se buscó fué una psicóloga mayor... Yo lo tengo con medio comprimido de algo pero sigo estando porque refuerza la figura masculina... Y a veces yo hago intervenciones que el psicólogo no puede hacer...

Para graficar una diferencia entre donde hay recursos y donde no...

Independientemente de las clases sociales el perfil del paciente adicto y las familias son todas parecidas pero, generalmente las clases mas altas se asustan que el hijo este delinquiendo, no pague una consulta, esté debiendo en una farmacia o se meta en un prestamista, ese tipo de delitos, que saquen plata de una cooperativa, la plata de la cosecha... se sorprenden. Por ahí en las clases bajas están mas acostumbrados... algunos, no todos. Lo que sí no se los puede involucrar a que sean parte del tratamiento, como en el CPA... una cosa es hacer terapia de familia y otra grupos de familia, quedan mas expuestos... una vez que los convences que los enfermos son ellos también, no van a estar con otra gente que no conocen y le salen excusas inconcientes.

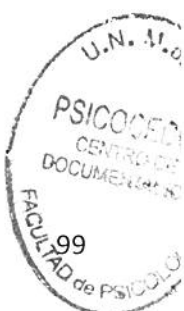
- Coincido con la clasificación que hace el DSM IV de uso, abuso y adicción... trato de no encasillar, pero no veo los síntomas porque el DSM IV te lo dice. Pero hay que ajustarse al DSM IV con las obras sociales... igual que los certificados de discapacidad, te los piden por CIE 10 y por DSM IV, y te ajustas porque es para ayudar al paciente.

- Soy especialista formado en Psiquiatría y Psicología médica, en adicciones lo que hice fue, dentro de la residencia durante un año, dos veces por semana en.... con Rodríguez Telechea (Tato), en La Plata, Encuentro, un lugar exclusivo de adicciones.

- Hace dieciséis o diecisiete años que trabajo... que termine la residencia. Y veintiuno que me recibí de médico.

- Desde los 18 años. Predominancia apenas femenina, sesenta cuarenta. Predominan más los adultos jóvenes, entre veintidós y cuarenta y cinco años, cincuenta años. Veo cerca de 200 pacientes mensuales, damos turnos con un mes de anticipación.

- Mucha cocaína, que se está imponiendo lindo; Alcohol (que no logramos ni mensurar, la previa que hacen los chicos, el consumo social, las mezclas), marihuana. En Tres Arroyos prácticamente no hay paco porque no hay cocina de coca acá, no hay pasta base. Y se ve poco éxtasis también porque no hay fiestas electrónicas, pero me suelen tocar pacientes que vienen con restos cuando van a las fiestas electrónicas... es caro pero hay plata acá. Te toca x ahí algún que otro que viene pasado de vueltas cuando va a las fiestas de capital, Mar del Plata, Tandil... siempre después de las fiestas electrónicas alguna consulta tenes... la familia se asusta y consulta porque hace dos días que no duerme, son consumos esporádicos pero le advertís de los riesgos que tiene de paro cardiaco, por eso toman tanta agua, el éxtasis no se difunde...



3- Cuadro de Análisis intracategorías

	Descripción del Dispositivo/ Servicio	Dotación de RR HH	Visión institucional, posición epistemológica y filosofía de trabajo
Servicio de Salud Mental del Hospital	<p>El edificio del Hospital Pirovano de Tres Arroyos fue inaugurado en el año 1.924 en la ciudad cabecera del partido, sobre la ruta 228. Constituyó una edificación imponente para su época, cuya concreción requirió de colectas populares y aportes fundamentales de los vecinos más adinerados de la ciudad. Luego de más de ocho décadas, y con numerosas e importantes ampliaciones, continúa siendo un Centro de Salud que brinda servicios no sólo a los tresarroyenses, sino a los habitantes de una amplia región. El Centro Municipal de Salud evolucionó como Organismo Descentralizado en el año 1998. El mismo tiene a su cargo la administración y explotación de todos los servicios de salud preventiva y asistencial del Partido de Tres Arroyos, entre los que se cuentan: El Hospital Municipal, el Hogar Geriátrico Municipal, las Unidades Sanitarias locales (Centros de Atención Primaria de la salud, 11 en total) y del distrito, el</p>	<p>Este Servicio público y municipal cuenta con un plantel profesional de cuatro psiquiatras, de los cuales tres atienden adultos y uno a la población infanto-juvenil. Además, cinco Psicólogos: tres de adultos, uno infanto-juvenil y uno infantil; dos Trabajadoras Sociales y personal de enfermería.</p> <p>Ninguno de los profesionales mencionados posee formación de posgrado o especialización en la problemática de las adicciones.</p>	<p>Visión: Es un servicio de agudos, por lo que los pacientes que allí ingresan son evaluados por Psiquiatría, Psicología y por el Servicio Social. Los períodos de internación suelen ser breves, los compensan en crisis y prosigue el tratamiento por consultorio externo. La atención y tratamiento están enfocados sobre patologías psiquiátricas desde un abordaje psicosocial.</p> <p>Posición: Modelo Biomédico.</p> <p>Filosofía: Servicio-Vocación-Intervención orientada a la restitución de la salud.</p>

	<p>Servicio de Salud Mental y los que gradualmente, mediante el dictado de la ordenanza pertinente, sea necesario incorporar para el logro de sus objetivos.</p> <p>El Centro Municipal de Salud deberá regirse bajo los principios básicos de gratuidad, universalidad, igualdad y equidad de las prestaciones asistenciales, sanitarias y hospitalarias. La gratuidad estará garantizada para aquellas personas que no posean cobertura social y/o recursos económicos para afrontar su costo, y deberá prestarse.</p> <p>El Hogar Geriátrico Municipal "Dr. Gregorio Araoz Alfaro" posee servicio de internación para 44 adultos mayores de la ciudad; se desarrollan estrategias para el cuidado de la salud física y mental a cargo de un equipo interdisciplinario de salud; así como también cuenta con actividades lúdicas y de recreación en un ambiente cálido y confortable, que ha sido galardonado a nivel provincial.</p> <p>El Área de Salud Mental inaugurada en el año 2007, se constituye en un moderno espacio destinado a la internación de 11 pacientes, atendidos por profesionales de la Psiquiatría y</p>		
--	---	--	--

	<p>Psicología capacitados ampliamente en las patologías desde un abordaje psicosocial. El servicio de Psicología infanto juvenil se desarrolla mediante consultorios externos atendiéndose de forma integral a los usuarios del Distrito. Depende en forma directa de la Dirección del Hospital, ya que no cuenta con Jefe de Servicio. Funciona como una especialidad más, aunque está ubicado en un edificio anexo. Atienden todo tipo de patologías psiquiátricas (Cuadros depresivos, psicóticos, adictos, trastornos de ansiedad), únicamente a través de terapias individuales, a través de las modalidades de Consultorio Externo e Internación.</p> <p>Es un Servicio de Agudos, por lo que los pacientes que ingresan son evaluados por Psiquiatría, Psicología y por el Servicio Social, ya que quienes allí se internan frecuentemente no poseen contención familiar (o ésta es muy débil). Tratan de tenerlos internados el menor tiempo posible, los compensan en la crisis y luego continúan el tratamiento por consultorio externo, con seguimiento</p>		
--	--	--	--

	<p>periódico.</p> <p>En el caso puntual de las adicciones, los profesionales consultados refieren que los pacientes que llegan a internarse a este Servicio están en estadios avanzados de la enfermedad y generalmente también ya han delinquido. El abordaje se torna más complicado ya que han transgredido la ley.</p> <p>Llegan a internarse a través de dos vías de acceso: Por voluntad propia (a partir de la reflexión personal entre períodos de consumo) y en este caso cuesta que reconozcan su adicción aunque sí se reconocen consumidores que pueden dominar la situación.</p> <p>Cuando es necesario que se los interne en forma compulsiva a partir de un pedido de la familia, llegan a este dispositivo con un oficio del Juez de Familia bajo la figura de "Protección de Persona".</p> <p>En cualquiera de los dos casos descriptos, generalmente si se averigua un poco más surge que los pacientes tienen causas penales paralelas.</p> <p>Puede ser que si cometió un delito menor y es adicto el Juez le conmute la pena por un tratamiento o una internación en una Comunidad Terapéutica (donde el alta es voluntaria).</p>		
--	--	--	--

	<p>En el Servicio de Salud mental sucede que a veces los adictos están internados hasta quince o veinte días, compartiendo el espacio con abuelos demenciados, pacientes con intentos de suicidio, con brotes psicóticos, maníacos. Y quienes transitan por adicciones graves también poseen rasgos de personalidad y son difíciles de manejar. Atiende en su mayoría a pacientes provenientes de un estrato social medio-bajo, con prevalencia del sexo femenino y un promedio de edad entre los veinte y cincuenta años (adulto joven). El perfil de consumo se conforma comenzando por el alcohol, como la sustancia con mayor frecuencia de aparición, luego la marihuana y en menor medida la cocaína y la pasta base (conocida como paco). Desde el año 2009 a la fecha, de las once camas que posee este Dispositivo, el 50% de las mismas están ocupadas por sujetos con adicciones. Los pacientes ingresan a este Servicio a través de la Guardia del mismo nosocomio, por derivación de los distintos servicios del Hospital o por</p>		
--	--	--	--



	<p>admisión desde los consultorios externos tanto de Psiquiatría como de Psicología que allí funcionan de lunes a jueves por la mañana, en el horario de 7.30 a 12.30 hs. Por la tarde solo se encuentra el Personal de enfermería. Los fines de semana se constituyen guardias pasivas que son realizadas únicamente por los psiquiatras.</p> <p>Puntualmente, el sujeto adicto que ingresa por Emergencias es derivado inmediatamente a Salud Mental, donde se trata sobre todo el período de abstinencia. A la vez, dan intervención simultánea al CPA ya que los profesionales Psicólogos del Hospital no trabajan con adicciones. Una vez realizada la entrevista pertinente, los Psicólogos del CPA deciden cómo continuar el tratamiento, el que puede consistir en terapia ambulatoria en el mismo Centro o el pedido de internación en una Comunidad Terapéutica. La abstinencia es esperable que aparezca en el término de las 72 hs. Lo que se hace es</p>		
--	---	--	--

	<p>estabilizar el cuadro de excitación psicomotriz que acompaña a la misma, mediante el uso de psicofármacos. El diagnóstico se realiza basándose en los criterios del DSM IV. De todas maneras, es importante aclarar que los profesionales consultados consideran que se debe determinar la causa que desencadena en la adicción, ya que los consideran pacientes duales: poseedores de una patología psiquiátrica de base que como emergente presenta el consumo de drogas, y además es raro encontrarse con un adicto "puro". Generalmente en los alcohólicos predominan los cuadros depresivos de base, así como en quienes consumen otro tipo de drogas están asociados a trastornos de personalidad, sobre todo borders.</p>		
CPA	<p>Dependiente de la Secretaría de Atención a las Adicciones (SADA), perteneciente al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Es la Red pública y gratuita de atención a las adicciones.</p>	<p>Dicho centro cuenta en este momento con la siguiente dotación de personal: Una Directora (Licenciada en Trabajo Social), Una Psicóloga (formada en psicoanálisis freudiano), dos</p>	<p>Visión: Se desarrollan tareas de prevención y asistencia a las adicciones desarrollando estrategias de intervención de acorde a la situación social, favoreciendo</p>

	<p>Desarrollan tareas de prevención y asistencia de las adicciones y control de la comercialización de bebidas alcohólicas. Abordan de manera integral la problemática desde una perspectiva que pretende desarrollar estrategias de intervención acorde a la situación social, favoreciendo la articulación necesaria con los distintos agentes sociales referentes en la temática.</p> <p>Por esta razón, no sólo brindan atención y tratamiento, sino que también cuentan con áreas que fortalecen las acciones preventivas y de promoción de las personas vinculada a la construcción de su proyecto de vida.</p> <p>Plantean como modelo la intervención comunitaria, que tiene por finalidad mejorar las condiciones de vida de los sujetos, grupos y comunidades, atravesados por la problemática del consumo, y que se encuentran generalmente alejados de los servicios sanitarios y sociales.</p> <p>Mirar la comunidad desde una perspectiva transversal implica construir con otros un abordaje integral, que supere las acciones parciales, promoviendo la</p>	<p>secretarias y dos operadoras socioterapéuticas (voluntarias).</p> <p>Tanto la Trabajadora Social como la Psicóloga han realizado numerosas capacitaciones acerca de la problemática de las adicciones, ya que hasta hace unos años atrás el CPA tenía convenio con la Universidad del Salvador de la CABA, y viajaban semanalmente a formarse. También han concurrido a foros que se hacían en la ciudad de mar del Plata, donde concurrían integrantes de los CPA de la zona quienes intercambiaban experiencias y desarrollaban temáticas propias.</p>	<p>la articulación necesaria con los distintos agentes sociales referentes en la temática. Por esta razón, no sólo brindan atención y tratamiento, sino que también, cuentan con áreas que fortalecen las acciones preventivas y de promoción de las personas vinculada a la construcción de su proyecto de vida.</p> <p>Específicamente, los Centros Provinciales de Atención (CPA) son espacios de recepción, asesoramiento, atención y derivación.</p> <p>Posición: Modelo Biopsicosocial.</p> <p>Filosofía: Servicio-Vocación-Intervención orientada a la restitución de la salud.</p>
--	---	---	--

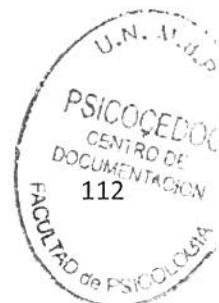
	<p>participación activa de los distintos actores comunitarios. En la intervención confluyen diversos saberes y prácticas que participan en la construcción de la acción territorial. Este proceso dinámico se propone salir de la rotulación del usuario de drogas representado como un sujeto desocializado, inadaptado y peligroso, para pasar a concebirlos como sujetos sociales que participan e interactúan con otros en su comunidad. La construcción de la intervención comunitaria no sólo propone contener al usuario en la red socio-sanitaria local, sino que también ubica a la problemática del consumo en una dimensión colectiva que implica a la población en el diseño y ejecución de respuestas preventivas y promocionales. Específicamente, los Centros Provinciales de Atención (CPA) son espacios de recepción, asesoramiento, atención y derivación. Están conformados por un equipo técnico de psicólogos, trabajadores sociales, operadores terapéuticos y comunitarios que atienden a personas afectadas por situaciones de consumo problemático de</p>		
--	--	--	--

	<p>sustancias, o que requieren asesoramiento en relación a la temática.</p> <p>Con presencia en cada uno de los municipios de la provincia, los CPA trabajan articuladamente con diversos actores en el ámbito comunitario a fin de brindar respuestas integrales a las demandas específicas de las personas en su entorno social.</p> <p>La sede local del Centro comenzó formando parte de la UCEF (Unidad de Fortalecimiento Familiar, dependiente de la Municipalidad) y se trataban temáticas como adicciones, violencia familiar y niñez y adolescencia en riesgo.</p> <p>Posteriormente intervino la Provincia y pasaron a depender de la SADA. En ese momento comenzó a incorporarse más personal y conformarse el equipo, centrándose únicamente en la problemática de las adicciones. El accionar está centrado en la promoción y prevención, trabajando en forma articulada con distintas instituciones de la ciudad: Servicio Local, Centro de Referencia, Programa Envión,</p>		
--	---	--	--

	<p>Escuelas primarias y secundarias, CAPS barriales. En estos últimos organizan talleres (como grupos de reflexión sobre distintas temáticas, no solo de adicciones) con distintos grupos que allí funcionan, reparto de folletería o trabajo con pacientes que pertenecen a ese barrio y articulan con los distintos profesionales de la salud que allí se desempeñan. En las escuelas hay un espacio articulador CPA- Educación, donde se les brinda a los docentes o a los integrantes de los EOE (Equipo de Orientación Escolar) la posibilidad de consultar por un caso particular o ante la problemática generalizada de la comunidad escolar. También coordinan grupos para dejar de fumar (con una duración de 10 encuentros) y para el tratamiento de ludopatías. En cuanto a la asistencia o intervención, los dispositivos con los que cuentan son: terapia psicológica individual con el adicto (o grupal en caso que se pueda) y grupos de familia (coordinados por la Directora del centro, que es Licenciada en</p>		
--	--	--	--

	<p>Trabajo Social), para quienes estén transitando la problemática de la adicción a sustancias y alcohol y sus respectivas familias. La modalidad de trabajo es únicamente la atención ambulatoria. Trabajan con personas de niveles socioeconómicos variados, mayormente varones de entre diecisiete y treinta años. Consideran que el primer lugar en las sustancias de consumo lo ocupa el alcohol, siguiendo por los psicofármacos, la marihuana y la cocaína en menor medida. No registran casos de adicciones a la pasta base. Atienden un promedio de 150 pacientes por mes (entre familiares y adictos) y los horarios de trabajo son los días lunes, miércoles y viernes de 8 a 14 hs; y martes y jueves de 8 a 19 hs. Los sujetos que reciben atención en este Centro acceden a él principalmente a través de dos vías: el Servicio de Salud Mental del Hospital local y por la presentación espontánea de quienes transitan por</p>		
--	--	--	--

	<p>esta problemática (o sus allegados). En el primer caso, y coincidiendo con lo relatado desde ese Servicio, ante la presencia de un paciente con la problemática adictiva son convocados los Psicólogos del CPA, quienes determinan los pasos a seguir. Las derivaciones a Comunidades terapéuticas se realizan en el mínimo de los casos y ante situaciones muy puntuales. Realizan evaluaciones exhaustivas tanto psicológicas como sociales, del adicto y de su grupo familiar, para poder conocer las fortalezas y debilidades, el grado de compromiso con el consumo y la presencia o no de las redes de contención. A partir de allí, se elabora una Historia Clínica que, en el caso que ese paciente necesite una internación, es enviada al Centro de Derivación que se encuentra en la ciudad de La Plata. En esta instancia hay que aguardar que contesten si hay cupo en alguna Comunidad que corresponda a la SADA. Esta Secretaría posee algunas Comunidades</p>		
--	--	--	--



	<p>Terapéuticas propias (Por ejemplo "Pueblo de la Paz" ubicada en la ciudad de Punta Alta) y otras que trabajan por convenio, y que alojan además pacientes privados o que poseen Obra Social. Retomando, en la SADA una vez que reciben la Historia Clínica del paciente reevalúan el caso y se comunican con el CPA local, trabajando en forma conjunta. Este trámite demora alrededor de una semana. Una vez que el adicto está internado, los padres o familiares pueden viajar a visitarlo semanal o quincenalmente y continúan concurriendo a los grupos de familia del CPA una vez por semana. Se produce un constante intercambio de información entre ambos dispositivos (CPA y CT), para de esta manera preparar tanto al adicto como a su familia para el momento del alta y su posterior reinserción en su entorno social. En el segundo caso, que es cuando concurren a consultar al Centro en forma espontánea, lo hacen porque se enteran del funcionamiento del mismo a través</p>		
--	---	--	--

	<p>de los medios de comunicación o por referencias de otras instituciones como las escuelas, las salas de atención primaria, el hospital público, etc. La demanda puede ser directamente del adicto o de sus familiares. En cualquiera de los casos arriba descritos, la Psicóloga trabaja desde su marco teórico de referencia, pero al momento de confeccionar la Historia Clínica utilizan los indicadores propuestos por el DSM IV, como una forma de aunar criterios.</p>		
<p>Consultorio privado de Psiquiatría y Psicología medica</p>	<p>El profesional consultado realiza su trabajo de psiquiatra en un consultorio privado y cuenta con veintiún años de antigüedad en su profesión. Realiza únicamente terapias de tipo individual y ambulatorio, del paciente y su grupo familiar. Generalmente al sector privado llegan pacientes que se encuentran en el período de abuso de sustancias, porque la</p>	<p>Este es un consultorio unipersonal, y el profesional a cargo posee el título de medico, con la especialización en Psiquiatría y Psicología Medica. Este último corresponde a su formación psicoanalítica, ya que durante los cuatro años de Residencia en el Hospital San Martín de la ciudad de La Plata tuvo, además de las</p>	<p>Visión: En el mismo se realiza diagnóstico y tratamiento, siendo este último articulado con otros profesionales de la salud mental (psicoterapeutas individuales y grupales) y acompañantes terapéuticos, trabajando de manera interdisciplinaria.</p> <p>Posición: Modelo Biomédico.</p> <p>Filosofía: Servicio-</p>

	<p>familia o su grupo de pertenencia están más expectantes y pueden detectar los alertas de la adicción de forma más temprana. Esto brinda la posibilidad a los profesionales de trabajar en distintos tratamientos a la vez, coordinados entre sí: escucha afinada, seguimiento psicológico y medicación específica para la fase de la abstinencia, disminuyéndole los niveles de ansiedad. Además, facilita el abordaje y el momento de enfrentarse con las fases de recaída en la adicción. El psiquiatra refiere que no toma bajo tratamiento a ningún paciente o familia que concurran a su consultorio buscando la "solución mágica" sin estar dispuestos a involucrarse en la cura. De todas maneras, los pacientes adictos suelen ser muy reacios a la droga "legal" (por el efecto dopaje), lo que implica un acercamiento paulatino para lograr su aceptación. También ocurre que hay momentos en que los propios sujetos solicitan la ayuda de los</p>	<p>materias propias de la psiquiatría, otras relacionadas con el psicoanálisis freudiano y lacaniano de forma obligatoria.</p> <p>No posee ningún título de posgrado específico en adicciones, aunque concurre durante un año, dos veces por semana, a un centro privado especializado en adicciones de la ciudad antes mencionada.</p>	<p>Vocación-Intervención orientada a la restitución de la salud.</p>
--	---	---	--

	<p>medicamentos. La población que concurre a atenderse en este consultorio es, por escasa mayoría, del sexo femenino, con edades que oscilan entre los veintidós y cincuenta años. Entre las sustancias mas consumidas aparecen la cocaína, el alcohol y la marihuana. No registra consumidores de pasta base aunque sí en forma esporádica (luego de la realización de alguna fiesta electrónica en la zona) ha atendido intoxicaciones por éxtasis. Atiende alrededor de 200 pacientes mensuales y el otorgamiento de turnos para la consulta se realiza con más de un mes de anticipación. El consultorio se encuentra abierto solamente por la tarde, a partir de las 14 hs., de lunes a viernes. El profesional consultado trabaja con pacientes de alto poder adquisitivo. Es el único psiquiatra, de los cuatro de adultos que hay en nuestra ciudad, que se ocupa de la problemática de las adicciones. Los pacientes llegan a él por referencias personales y luego</p>		
--	--	--	--

	<p>de realizar las dos o tres primeras entrevistas con quien consulta, conforma un equipo de tipo interdisciplinario con Psicólogos que se ocupan del abordaje familiar (terapia grupal) y del adicto en forma también individual. En ciertos casos es necesaria la presencia de un Acompañante Terapéutico. Estos profesionales son seleccionados por el psiquiatra de acuerdo a la singularidad de cada paciente y de su grupo familiar. El momento en que hay que comunicar determinadas cuestiones o situaciones a la familia y al paciente mismo se realiza en forma grupal (los tres terapeutas intervinientes se hallan presentes) pero la voz cantante la lleva el médico, ya que considera que es quien posee mayor impunidad para decir las cosas o realizar determinadas intervenciones. Si bien no coincide en su totalidad con la exhaustividad diagnóstica utilizada por el DSM IV, considera que se hace necesario su uso porque es el único Manual aceptado por las diferentes Obras</p>		
--	--	--	--

	<p>Sociales y Prepagas con las que trabaja. A través del proceso diagnóstico no busca encasillar al paciente en una categoría, sino que lo realiza teniendo en cuenta tanto la historia retrospectiva como prospectiva y la evolución del mismo</p>		
EOE	<p>Uno de los lugares clave nos pareció el Equipo de Orientación escolar (EOE) de una Escuela Media pública de nuestra localidad, que posee una abundante matrícula distribuida en tres turnos. Allí pudimos constatar que no cuentan con un profesional Psicólogo entre su personal. Quienes se desempeñan son una Psicopedagoga (como Orientadora Escolar) y una Licenciada en Trabajo Social (como Orientadora Social). Las profesionales consultadas consideran que es sumamente complicado trabajar o intervenir en la problemática que articula el presente</p>	<p>Quienes se desempeñan en el equipo son una Psicopedagoga (como Orientadora Escolar) y una Licenciada en Trabajo Social (como Orientadora Social), no contando con la presencia de una Psicóloga en la conformación del mismo.</p>	<p>Visión: En él se lleva a cabo entre otras, la función de coordinación con los servicios sociales y de salud para asegurar la atención integral a determinados alumnos y alumnas o sus familias. Se configura como un área preferente de actuación. Posee como finalidad potenciar la dimensión preventiva.</p>

	<p>trabajo. Creen que es muy alto el porcentaje de los adolescentes que consumen y ellas no se encuentran capacitadas para darles respuesta. Apuntan al consumo casi masivo de alcohol en los jóvenes, como así también a la alta incidencia de la marihuana, naturalizados ambos como parte de los ritos de pertenencia en las salidas y reuniones. Las consultas que reciben generalmente les llegan a través de familiares preocupados que sospechan del consumo (ya sea por cambio de hábitos, amistades o rendimiento escolar), pero les piden a ellas que indaguen al alumno en forma indirecta o solapada, sin plantearle en forma concreta su sospecha. En otros casos, ante la sospecha o aun de la observación del consumo y/o comercialización de estupefacientes por parte de las propias integrantes del EOE recurren a la convocatoria de los padres de los alumnos implicados, quienes a veces se involucran y en otras ocasiones descreen</p>		
--	---	--	--



	<p>del posible consumo de sus hijos, reaccionando de manera indiferente o agresiva. Tanto la OE como la OS opinan que el desempeño del CPA local resulta insuficiente para la demanda a cubrir, al ser la única entidad a la que pueden recurrir en estos casos. Sostienen que las veces que han requerido de los servicios del mencionado Centro no han obtenido respuesta satisfactoria, y que la realización de los talleres o charlas preventivos no cumple con su cometido porque solamente concurren una vez al año a la Institución y los chicos no logran entusiasmarse con la propuesta. Consideran que resultaría más efectiva la realización de actividades sostenidas a lo largo del tiempo, incluidas en el calendario escolar, planificadas y coordinadas en forma conjunta con los docentes de materias específicas.</p>		
Centro de Referencia	Para seguir perfilando el nivel de la necesidad, concurrir al Centro de Referencia de nuestra ciudad. A	En el mismo se desempeñan una Licenciada en Psicología y ocho operadores de calle.	Visión: Establecimientos en cada departamento judicial, de atención ambulatoria, para el

	<p>dicho Centro concurren aquellos adolescentes que poseen entre 16 y 18 años y que, habiendo cometido delitos menores, son derivados por el Juez de Garantías del Joven para cumplir con las medidas socioeducativas dictadas por dicho magistrado. La Psicóloga que desempeña sus actividades en esta institución nos informó que la mayoría de los jóvenes que pasan por allí transitan por la problemática de las adicciones. La dificultad radica en lograr que la reconozcan como un problema que necesita ser tratado y que puedan decirse adictos. Ante la posibilidad que el sujeto sólo sea consumidor, se le da intervención al CPA local, trabajando entonces ambos dispositivos en forma conjunta. La profesional psicóloga del Centro de Referencia sigue manteniendo los encuentros pactados con el adolescente y que forman parte de las medidas obligatorias a cumplir, y la adicción es tratada dentro del dispositivo terapéutico individual</p>		<p>cumplimiento de medidas cautelares o sancionatorias alternativas a la restricción o privación de la libertad, ordenadas por los juzgados o tribunales competentes en el marco de un proceso penal seguido a personas menores de edad. Con funciones de evaluación, atención y/o derivación de los jóvenes a programas desconcentrados en municipios u organizaciones de la comunidad.</p>
--	---	--	--

	<p>del CPA. Ahora bien, ante el caso concreto que el joven transgresor además esté implicado en la comercialización de estupefacientes, se tiene en cuenta el grado de compromiso del mismo ante tal situación para intentar hacerle frente. En algún caso extremo han logrado, por intermediación del CPA, internar a un joven en una Comunidad terapéutica (permutando así otras medidas de carácter socioeducativo por esta que pone el foco en la integridad física y psíquica del adolescente) como forma de preservarlo, entendiendo como prioritario el derecho a la salud del mismo.</p>		
<p>Grupo "Una luz en la oscuridad"</p>	<p>Un espacio que resulta sumamente importante pero que trabaja en forma prácticamente invisible en nuestra comunidad es el de un grupo de madres autoconvocadas, llamado "Una luz en la oscuridad". Este grupo funciona desde hace tres años, sin ideologías políticas ni religiosas. Se reúnen el primer lunes y el anteúltimo sábado de cada mes en el Centro de Integración</p>	<p>Funciona coordinado por una madre de un adicto recuperado, quien fue una de las fundadoras del grupo. No concurren profesionales de ningún tipo.</p>	<p>Visión: Es un espacio de contención, asesoramiento y soporte de los familiares (mayormente las madres) para lograr orientación en lo que refiere al tratamiento y a la convivencia con una persona que está transitando por esta compleja problemática.</p>

	<p>Comunitaria (CIC) del Barrio Boca de nuestra ciudad. La coordinación está a cargo de la madre de un adicto recuperado. Tratan también otras problemáticas concomitantes como la violencia familiar y de género. La idea de crear este espacio surgió a partir de las vivencias de la fundadora, quien al tener que enfrentar la enfermedad de su hijo asociada al delito y a la violencia, se encontró con que no sabía donde ni a quien recurrir, y que debía peregrinar en forma interminable por distintas instituciones públicas sin poder resolver su problemática y sin encontrar alguien que la derivara o la guiara en forma certera. Las integrantes de este dispositivo piensan al mismo como un lugar de orientación, apoyo y contención para los familiares (generalmente madres) que allí se acercan, aunque no se dan a conocer en forma masiva ni mediática. Por el momento no cuentan con profesionales que las orienten, aunque está en sus planes incorporar a un Psicólogo y un Trabajador Social. Resulta enriquecedor escucharlas ya que</p>		
--	--	--	--

poseen la sabiduría propia de aquel que ha debido encontrarse cara a cara con el padecimiento y la autodestrucción de sus seres más queridos. Algunas de ellas realizan terapia individual como forma de afrontar su sufrimiento, y tiene ciertos conceptos muy definidos. Insisten en centrarse en el sujeto que consume, independientemente del objeto a consumir. No hacen hincapié en la sustancia sino en el adicto: Su cercanía con la violencia familiar y con el delito, la marginalidad, la falta de los recursos económicos para rescatarlos del infierno. Tienen en claro que esa persona consumida por la droga no es la misma que ellas conocieron anteriormente. Ni siquiera el nombre es igual, ya que en los grupos que se juntan para drogarse todos llevan un apodo que los identifica y les otorga pertenencia al mismo. Reconocen la necesidad de la implicación familiar y la consiguiente puesta de límites, tarde o temprano, para poder comenzar a salir de esa

	<p>pesadilla. En cuanto al funcionamiento del CPA local coinciden en que solamente da los resultados esperados si el adicto logra comprometerse y sostener la terapia, del mismo modo en el caso de la internación en una Comunidad terapéutica. En lo relativo a la experiencia en Salud mental, coinciden en que es altamente negativa, mas allá del necesario período de desintoxicación /abstinencia, porque es un espacio que no está preparado exclusivamente para adictos y se torna difícil la convivencia con otras patologías psiquiátricas.</p>		
<p>CAPS Barrio Ranchos</p>	<p>Este Centro de Atención Primaria de la Salud está emplazado en el "corazón" del barrio. Se destaca por su construcción relativamente moderna, comparada con la precariedad de las casas y de los descampados que la rodean. El nombre completo del Barrio es Ranchos de la Virgen de Luján. Fue bautizado como tal en los años '60 cuando se fundó, gracias a la iniciativa</p>	<p>El plantel de profesionales esta formado por médico clínico, ginecólogo, obstetra, enfermera, Lic. en Psicología, Lic. en Trabajo Social, pediatra, odontóloga, promotora de salud y administrativa.</p>	<p>Visión: Fue creado siguiendo los lineamientos básicos de la Atención Primaria de la Salud. Desde la APS se impulsan las líneas de trabajo que buscan superar las barreras de acceso a la atención e integrar las acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades mediante intervenciones individuales y /o poblacionales.</p>

	<p>del Padre Isidoro Broilo, un cura gaucho que recorría las calles del mismo en bicicleta, y que ejercía una suerte de control pacífico sobre los habitantes. Tras su muerte, acaecida en 1991, y en forma paralela con los cambios políticos y sociales posteriores a la década del '90, las cosas cambiaron bastante: pasó de ser un lugar de gente mayormente trabajadora a estar estigmatizado actualmente como un barrio marginal y peligroso. Frecuentemente ocurren allí hechos policiales y hasta existió una denuncia acerca de la existencia de una "cocina de paco" en el mismo. Hay un gran número de chicos y adolescentes que no estudian ni trabajan. Son jóvenes que viven y crecen en situaciones de desventaja social, y carecen de recursos personales, socio-económicos, sociales y culturales. La Trabajadora Social que desempeña sus funciones en esta Sala considera que se torna complicado trabajar con adicciones. Recibe numerosas consultas de familiares de</p>		<p>Se impulsa la participación comunitaria como un elemento principal de los programas de salud y la integración de los derechos humanos en la base ética que sustenta el acceso a la salud, destacando la importancia de la red de servicios y los niveles de atención para asegurar el acceso y la calidad de la misma.</p> <p>La APS propone dar una respuesta amplia a los problemas de salud. Esto implica que se tome a cargo a la vez el alivio del sufrimiento cotidiano de las personas (su demanda de atención) y los aspectos de prevención y promoción de la salud. Se llevan a cabo una serie de acciones de salud pública, sean de diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación, que deben realizarse desde un nivel primario y local en beneficio de la comunidad.</p>
--	--	--	---

	<p>personas que se encuentran en estado de abuso o adicción a distintas sustancias, como así también comentarios acerca de los lugares del barrio donde se comercializan estupefacientes. Prefiere derivar a quienes la consultan a una terapia individual con la Psicóloga del CAPS que enviarlos al CPA, ya que considera que en ese dispositivo no reciben una respuesta o tratamiento adecuados, por falta de recursos humanos y subraya la falta de presencia de este Centro en este Barrio y en el CAPS. Refiere que esta problemática está íntimamente relacionada con el aumento de los casos de violencia familiar (la mayoría de quienes la sufren son pareja de adictos), inseguridad y vandalismo, y que la misma es producto de la desocupación, la falta de oportunidades y el ocio. Sostiene la inexistencia del trabajo en Red en nuestra comunidad, y la falta de planes de prevención y atención globales, sobre todo a nivel municipal, considerando a la</p>		
--	--	--	--

	adicción como un tema invisibilizado tanto desde el propio gobierno local, los medios y gran parte de la ciudadanía.		
--	--	--	--

Silvina D.

Silvina D.
Belizán

Maria Carla

MARIA CARLA
LIGGIERI