

AGRADECIMIENTOS:

A Andrés Matkovich, quien me permitió llevar adelante el presente trabajo.

A todos los que conforman el Espacio TIF, en especial a quienes viajaron hacia Marcos Juárez, Ana Rebecchini, Soledad Ríos y Carla Gaido, permitiendo que el espacio pueda realizarse.

A la Universidad Nacional de Rosario que sin la creación de la extensión áulica de Marcos Juárez no hubiera sido posible el estudio de la carrera de Psicología.

Al Centro Universitario de Marcos Juárez que brindó predisposición, compromiso y colaboración para poder llevar a cabo el cursado de la carrera.

Y en especial, a mi familia por su apoyo incondicional.

A todos ellos gracias.

Índice

Resumen.....	3
Palabras claves.....	3
Introducción.....	4
Desarrollo.....	7
• ¿Drogadicción, drogadependencia o abuso de sustancias?.....	7
• Un punto en común: buscar algún alivio.....	9
• El sujeto en su existencia real.....	10
• El consumo en la sociedad actual.....	13
• Ley Nacional de Salud Mental, un instrumento útil.....	15
Conclusión.....	22
Referencias bibliográficas.....	24

Resumen

El presente trabajo es producto de los interrogantes que surgieron durante el transcurso de la práctica profesional supervisada en el año 2017, en una institución privada de la ciudad de Marcos Juárez, también por la realización de un trabajo llevado adelante en un efector Municipal ubicado en la periferia de la misma ciudad; en ambos lugares asisten jóvenes y adultos con uso problemático de drogas.

Los interrogantes se producen en relación a la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y Adicciones, debido a que esta problemática se encuentra incluida en la presente ley.

A raíz de esta experiencia, se manifiesta mi interés por pensar el trabajo integrador final en base a dicha temática. Los ejes a abordar comprenden aspectos principales que se encuentran rodeando el tema central. Intentando así, dar cuenta la importancia de incluir las adicciones en el marco de salud mental, como también poder plasmar cuál es la diferencia entre referirse a consumo problemático o a drogadependencia.

Palabras claves:

Palabras clave: Drogadicción – Consumo Problemático – Ley Nacional de Salud Mental N°26.657.

INTRODUCCIÓN:

El interés hacia esta temática surge a partir de las prácticas profesionales supervisadas realizadas en un centro de rehabilitación privado, ubicado en la ciudad de Marcos Juárez durante el año 2017 y un trabajo llevado adelante el año anterior en un Programa Municipal de adicciones, el cual funciona en un centro periférico de la misma ciudad.

A partir de lo observado y trabajado, me nacieron ciertos interrogantes e intereses destacando entre ellos la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y Adicciones, ¿qué decimos cuando hablamos de adicciones?, ¿cuándo hablamos de consumo problemático?, ¿drogadicción, drogadependencia o abuso de sustancias?

En relación al eje central de esta presentación, me voy a detener en la importancia de incluir las adicciones en el marco de la salud y resaltar aspectos principales que permitan dar cuenta cuál es la diferencia de referirnos a consumo problemático o drogadependencia.

Las adicciones son problemas de salud, y así son consideradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS); es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación, se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Fueron incluidas en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, explícitamente en el artículo 4, el cual postula que:

Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud. (Ley Nacional de Salud Mental, 2010, p.13).

Se define la Salud Mental dentro de la presente ley sancionada en Noviembre del 2010, como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a los derechos humanos y sociales de toda persona.

Floreal Antonio Ferrara realiza una crítica a la definición de Salud que plantea la OMS, al concepto de “Bienestar” debido a que la salud es considerada por la OMS como: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Ferrara, Antonio (1985) en *Teoría social y salud conceptualización del campo de la salud* va a decir que:

La salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y permita crear las condiciones donde a su vez se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de esa sociedad. No es el conflicto lo que define lo patológico, sino el bloqueo de los conflictos y la imposibilidad de resolver ese conflicto, físico, mental o social lo que certifica la idea de enfermedad. (p.10).

Adhiero a esta perspectiva ya que me permite pensar más allá de lo patológico, teniendo en cuenta el accionar de la sociedad para generar un ámbito esencial que hace a la idea de acción frente al conflicto, de transformación ante la realidad, que se pueda

entender a la salud como una búsqueda incesante de la sociedad, como apelación constante a la solución de los conflictos que plantea la existencia. Se trata de enfrentar los conflictos con herramientas colectivas, esto tiene que ver con los lazos sociales. Es importante destacar que la salud nunca es la misma, como tampoco lo es la sociedad, los modos de sufrimiento y las formas de alivio del padecimiento.

DESARROLLO:

¿DROGADICCIÓN, DROGADEPENDENCIA O ABUSO DE SUSTANCIAS?

Considero pertinente comenzar el desarrollo del presente trabajo haciendo referencia a las terminologías de Adicciones, Drogadependencia y Abuso de sustancias por un lado, y Consumo Problemático por el otro, siendo que estos términos constituyen el eje central de la temática elegida.

Así la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la drogadependencia como:

Un estado psíquico y algunas veces físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y un producto psicoactivo y que se caracteriza por modificaciones de la conducta y por otras reacciones que incluyen siempre un deseo invencible de consumir la droga, continua o periódicamente, a fin de experimentar nuevamente sus efectos psíquicos y evitar a veces el malestar de su privación (Vallejo, 1998, p.1).

El DSM IV, plantea que la tendencia actual es definir a la adicción como “el consumo compulsivo de sustancias, o sea todo el síndrome producido por sustancias tóxicas” (Vallejo, 1998, p.1).

En lo expuesto hasta el momento, la palabra sustancia aparece como sinónimo de droga, entonces, ¿qué es una **droga**? “Es toda sustancia que tiene acción sobre los seres vivos y que incorporada al organismo produce un cambio” (Vallejo, 1998, p.1).

Por otra parte se encuentra la dependencia de sustancias, que es denominada por el DSM IV como: “síndrome global de la conducta”. En este manual las alteraciones

relacionadas con sustancias incluyen las que se vinculan a la ingestión de una droga de abuso, incluyendo el alcohol, los efectos secundarios que producen los medicamentos y la exposición a tóxicos; es importante resaltar que la dependencia puede ser a más de una droga. Mientras que para el abuso de sustancias, corresponde un diagnóstico menos grave; “Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo...” (Vallejo, 1998, p.3).

En contraposición a las mencionadas terminologías, la Ley Nacional de Salud Mental al sostener que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental y que los sujetos con uso problemático de drogas, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en dicha ley, es posible hablar de consumo problemático. Este último, desde la Ley Plan Integral para el abordaje de los Consumos Problemáticos N° 26.934, explicita en el artículo 2 que:

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

Por lo tanto, podemos pensar que se comienza a considerar al “adicto”, “consumidor” como un sujeto de derechos, donde en el centro del conflicto se coloca al sujeto, su contexto, su cultural social, económica, su situación actual.

UN PUNTO EN COMÚN: BUSCAR ALGÚN ALIVIO.

A partir de la práctica profesional, pude mediante la observación, pensar que dentro de las adicciones hay un punto común; tratar de buscar algún alivio a una situación insoportable. Esta situación puede ser absolutamente subjetiva, un intento de solución para anestesiar el dolor. Un ejemplo de ello lo constituye un caso particular que presencié durante la práctica profesional, donde una de las concurrentes al establecimiento había sufrido la pérdida de sus dos hijos pequeños en un accidente y el peso de semejante tragedia era tan difícil de soportar que decide refugiarse en el alcohol. “El alcohol es lo que me permitía perderme, no salir corriendo tras ellos, pero cuando volvía a la realidad me daba cuenta que seguían sin estar conmigo, nada los podía hacer volver... solamente cuando consumía sentía que podía viajar hasta donde están...”

Es importante valorar los avances intermedios que vayan obteniendo los sujetos que sufren de consumo problemático, ya que cada caso es singular, lo cual reclama un determinado tratamiento que se irá constituyendo teniendo en cuenta factores tales como la sustancia, el contexto y fundamentalmente el sujeto. Es posible, hablar de dos grandes paradigmas que abordan la problemática del consumo de sustancias los cuales desarrollaré a continuación.

EL SUJETO EN SU EXISTENCIA REAL

A la hora de reflexionar acerca de cómo abordar el consumo de sustancias, se plantean dos paradigmas que presentan diferencias esenciales en cuanto a cómo considerar al sujeto desde una visión abstencionista por un lado, y reducción de daños por el otro.

La implementación de Políticas prohibicionistas sobre el consumo, suele ser coherente con el denominado Modelo Abstencionista clásico, el cual se basa en la idea de que el drogadependiente es un enfermo con una causa detectable: la sustancia. De aquí se desprende que la cura es posible si se interrumpe el acceso a la misma.

El denominado Modelo Abstencionista, descansa en una visión que intenta explicar “el todo” del problema de la drogadependencia, a partir de sus partes. Dicha visión es especialmente visible en la focalización que hace de la sustancia y en la pretensión de que el abandono de la misma, se produzca de forma aislada de las condiciones sociales en que estos consumos tienen lugar (Vázquez, 2008, p.171).

Por otra parte encontramos el Modelo de Reducción de Daños. Existen experiencias, que han ido adquiriendo status de política pública, desde que en el año 2.000 una Resolución de la Secretaría de Drogas Nacional (SEDRONAR), da lugar a otro tipo de programas denominados Reducción de Riesgos o Reducción de daños. En ellos, los requerimientos son menores que en tratamientos de tipo abstencionista, aunque no se descarta la abstinencia como objetivo.

La Reducción de Daños (RRDD) toma el criterio de “umbral de baja exigencia o umbral de exigencia mínima”; este criterio, desarrollado en clave subjetiva, no plantea

la abstinencia obligatoria de sustancias como punto de partida para el inicio de tratamiento, salvo que la singularidad clínica del paciente así lo requiera. Se valora positivamente los avances intermedios y considera que la abstinencia puede llegar a ser o no un punto de llegada.

De acuerdo a lo planteado por Paveto en *Claves en la lectura de uso de drogas y los consumos problemáticos* (2016), la Asociación de reducción de daños Argentina expresa que resulta insuficiente e inadecuado para el análisis del uso de drogas y de los consumos problemáticos, entre estos últimos se ubica a las adicciones, quedarse en una lectura llevada a cabo en clave química, donde todo se explica a partir de los efectos que las sustancias producen en el organismo humano. Desde esta perspectiva, sólo cabe la meta del “Consumo Cero” y los criterios abstencionistas como precondition del inicio y punto de partida para todo tipo de tratamiento. Lo importante es evaluar presencia – ausencia de sustancia, sin considerar aquello que es posible, en ese momento subjetivo, para el sujeto que consulta.

De lo que se trata es de poner al sujeto en el centro de atención y también de los tratamientos, tal como lo plantea Paveto (2016), donde expone que una lectura en clave subjetiva amplía las variables para producir una aproximación al problema, donde están las sustancias, están los sujetos y están los contextos en el cual se despliegan las singularidades subjetivas. Este triángulo de análisis conformado por: Drogas – Sujetos – Contextos.

Con respecto a esto es interesante pensar en una clínica del sujeto “Si la enfermedad se coloca entre paréntesis, la mirada deja de ser exclusivamente técnica,

exclusivamente clínica. Entonces es el enfermo, es la persona el objetivo de trabajo, y no la enfermedad.” (Amarante, 1996).

El objeto de la Clínica del Sujeto incluye la dolencia, el contexto y al propio sujeto, el problema se presenta cuando este ser de la dolencia sustituye completamente al que ser que realmente es y se pierde la capacidad de que se trabaje y opere con la singularidad de cada caso.

Este ser de la dolencia es el que aparecía en el espacio donde llevé adelante las prácticas, debido a que una vez que los sujetos ingresaban al centro de rehabilitación se podía ver claramente cómo se perdía la posibilidad de trabajar con cada caso, todos hacían los que se les ordenaba, seguían el sistema impuesto por el establecimiento. El mismo no permitía que se pongan en juego las subjetividades de tal manera que cada uno pueda expresar libremente que es lo que le estaba pasando, sino que había momentos para decirlos, palabras que se podían utilizar y otras que no, un manejo riguroso de las emociones.

Centrar la acción clínica sobre el sujeto está bien, debido a que éste no sólo se encuentra marcado por una biografía singular, sino que también su cuerpo y su dinámica corporal están atravesados por una singularidad que puede ser alguna enfermedad, sufrimiento, producido en un contexto social específico. Por lo tanto se plantea colocar la enfermedad entre paréntesis pero únicamente para permitir la entrada en escena del sujeto enfermo.

EL CONSUMO EN LA SOCIEDAD ACTUAL

Se puede pensar que el consumo es problemático en nuestra sociedad actual; estamos en una sociedad donde el consumo en sí mismo construye una problemática.

Claudia García (2015) – especialista en el tema, sostiene que:

El consumo problemático deviene, entonces, de entender al consumo como patrón ordenador de las relaciones sociales y de producción, y pasa a ser algo constitutivo de esta sociedad capitalista que nos envuelve en la ilusión de poder acceder a todo lo que está a nuestro alcance y pensar que podemos ser propietarios de algo actual, impulsado por ella misma. Así, todos consumimos objetos materiales y simbólicos. Es un problema cuando se vincula con el exceso. Tales son los casos de consumos compulsivos; un impulso irresistible que no puede dejar de realizarse y cuyo correlato es la adicción (p.1).

Desde el campo de la salud, la medicalización de la vida, hace que se haya construido un imaginario, de que todo dolor o problema es solucionado inmediatamente con una sustancia, es decir, con un medicamento. O sea que cuando nosotros pensamos el consumo problemático de determinada sustancia, no estamos haciendo más que un recorte de la particular forma en que en nuestra sociedad actual el consumo se relaciona con la idea de felicidad o de bienestar. La cultura actual no soporta los síntomas de malestar, de los cuales quiere liberarse de cualquier manera exigiendo respuestas rápidas, resultados sin importar bajo qué condiciones; se trata de aplacar el malestar, dominarlo, suprimir los síntomas que lo manifiestan. Respecto a esto, Emiliano Galende en su libro *Conocimiento y prácticas de Salud Mental* (2015), postula lo siguiente:

Se evidencia una diferencia entre la propuesta que hace el psicoanálisis y la que propone la psiquiatría, especialmente aquella psiquiatría biológica que se orienta por los criterios del DSM. Aplacar síntomas por medio de medicamentos (ansiolíticos, antidepresivos, hipnóticos, tranquilizantes, “estabilizadores del ánimo”, antipsicóticos, entre otros), no es curar ninguna “enfermedad”, y menos aún, resolver su expresión sintomática (p.91).

Entonces, lo importante es evitar caer en el engaño de que el medicamento actúa sobre las causas del sufrimiento, porque esta idea deja al sujeto impotente para que pueda actuar sobre las razones de su malestar psíquico. Desde allí que el psicoanálisis propone que el individuo, a través de su análisis recupere una conciencia racional acerca de su malestar, que le permita generar una articulación de sus síntomas con la historia personal, su existencia, aceptar que sus síntomas guardan un sentido con lo que él ignora, entendiendo la cura como la posibilidad de actuar sobre las condiciones que le producen el malestar.

De algún modo, el psicoanálisis espera como resultado de la curación la emergencia o recuperación de un sujeto autónomo, con capacidad racional para aceptar su dependencia al otro sin renunciar al amor, y responsable de los juegos de poder que le impone la vida social. Es decir, que pueda actuar sobre las condiciones de su realidad para recuperar el placer. El dominio del placer como principio de la vida, en el que tanto insistió Freud. (Galende, 2015, p.91).

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL, UN INSTRUMENTO ÚTIL

Estos diferentes paradigmas, nos dejan entrever el desfasaje existente entre lo que postula la Ley Nacional de Salud Mental y su implementación, debido a que no debe ser considerada como un objetivo en sí misma, sino entenderla como un instrumento útil cuyo objetivo es modificar las prácticas en el modelo de salud, desde una perspectiva de derechos humanos.

De acuerdo con lo planteado por Maitena María Fidalgo en *Consideraciones conceptuales acerca del “bien salud” y confirmación del sistema de salud (2007)*, el Sistema de Salud es tomado como:

... “respuesta social organizada” ante los problemas de salud, que concitan la intervención tanto del Estado como de un conjunto de actores vinculados con la salud [...] Todo sistema de salud constituye un modelo de organización y un modelo de financiamiento simultáneamente que apunta a alcanzar la finalidad de la atención de la salud de sus destinatarios [...] en la Argentina se configura un “modelo mixto”, en el cual coexisten diversos subsectores con características propias, variando el tipo de cobertura, de financiación los riesgos cubiertos y los beneficiarios (p. 42-43).

Nuestro Sistema de Salud se encuentra fragmentado en efectores con diferentes dependencia y esto pude verlo plasmado en el momento que llevé adelante las prácticas, ya que era un efector privado subsidiado por el aporte de los sujetos que allí asistían, y sólo dependiendo de los casos era posible contar con el apoyo de Obras Sociales. El director del establecimiento nos había comentado que no recibían aportes por parte de la Municipalidad de Marcos Juárez. Mientras que en el programa de asistencia a las adicciones, al ser municipal, estaba sostenido por el aporte de este

sector público, y los sujetos podían contar con el ingreso y tratamiento gratuito que se les brindaba. En la investigación que llevamos adelante en el Centro periférico N°1, abordando el “*Programa de Prevención y Asistencia de las Adicciones*”, nos abocamos específicamente al área de prevención. La misma apunta a una patología específica: las adicciones. Mediante un equipo interdisciplinario construido por profesionales de la salud, se lleva a cabo el tratamiento de los sujetos que asisten al centro con el objetivo de lograr su recuperación.

Tomando a la autora Dina Czeresnia, en su texto titulado “*Promoción de la Salud, conceptos, reflexiones, tendencias*” (2006), define a la **Promoción** como:

...un enfoque amplio y englobador, el cual procura identificar y enfrentar los macro determinantes del proceso salud-enfermedad, y busca transformarlos favorablemente en orientación hacia la salud. La misma plantea modificar las condiciones de vida para que sean dignas y adecuadas; se dirige hacia la transformación de los procesos individuales de toma de decisiones de forma que estos sean propicios tanto para la calidad y la salud; se orienta al conjunto de acciones y decisiones colectivas que pueden favorecer la salud y la mejora de condiciones de bienestar (p. 39-40).

Mientras que la **Prevención** de las enfermedades se orienta más hacia acciones de detección, control y debilitación de los factores de riesgo, factores causantes de un conjunto de enfermedades o de una enfermedad específica, su base es la enfermedad y los mecanismos para atacarla mediante el impacto sobre los factores más íntimos que la generan o aceleran. Tiene como objetivo final evitar la enfermedad, por lo tanto la ausencia de la misma sería un objetivo satisfactorio; diferenciándose en este punto de la Promoción de la salud, ya que su objetivo es un óptimo nivel de vida y de salud,

por lo tanto la ausencia de enfermedades no es suficiente. La presencia de cualquier nivel de salud registrado en un individuo siempre conllevará algo que debe ser realizado para producir un mejor nivel de salud y condiciones de vida más satisfactorias.

Tanto la prevención como la promoción son dos caras de una misma moneda, complementarias y no excluyentes en la planificación de programas de salud, y la población se beneficia de las medidas adecuadas y equilibradamente propuestas en ambos campos (Czeresnia, 2006, p.43).

Considerando a las adicciones como parte integrante de la Salud Mental, es importante resaltar que en el efector donde llevé a cabo las prácticas profesionales, como también así el centro periférico de la ciudad de Marcos Juárez en el cual se lleva adelante un programa municipal de adicciones, ambos espacios, uno público y el otro privado, no implementan adecuadamente la Ley Nacional de Salud Mental, se posicionan desde el Modelo Abstencionista, oponente a lo postulado por la Ley, planteando que en el centro de la cuestión se coloca la sustancia y descuidando al sujeto que llega al establecimiento. Esto concuerda con lo planteado por Silvia Quevedo (2010), donde sostiene que los dispositivos de umbral de máxima exigencia, tolerancia cero, establecen una división de sustancias en lícitas e ilícitas, las cuales fomentan un estereotipo de “drogadicto”, planteando a la “adicción” como una enfermedad progresiva, que sólo podría detenerse por supresión forzosa y ésta sería la condición para el inicio y despliegue del tratamiento.

Según lo postulado por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010), en sus artículos n° 6 y n°9 se plantea que la atención de la salud mental esté a cargo de un

equipo interdisciplinario, integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas. El abordaje debe realizarse fuera del ámbito de internación hospitalario y bajo una modalidad interdisciplinaria e intersectorial, basada en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

En el caso del espacio privado, no está a cargo de un equipo interdisciplinario, sino que sólo está conformado por una psicóloga y un acompañante terapéutico; mientras que el centro periférico sí está constituido por un equipo interdisciplinario, pero cada uno de los profesionales que lo componen desempeñan sus tareas de manera aislada e incluso sin comunicación entre ellos para poder resolver los casos que se le presentan.

Esta forma de trabajar que desarrollan los efectores nombrados anteriormente permite hacerme la pregunta ¿el taylorismo se fue? Es posible plantear que el taylorismo elaboró un sistema de organización racional del trabajo que se basa en la aplicación de métodos mecanicista al estudio de la relación entre el obrero y las técnicas modernas de producción industrial, con el fin de maximizar la eficiencia de la mano de obra, de las máquinas y herramientas, mediante la división sistemática de las tareas, la organización racional del trabajo, y contando con un sistema de motivación mediante el pago de primas al rendimiento.

Sousa Campos, en su libro *Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos* (2009), plantea que:

La gerencia de moldes tayloristas se asienta, sobre la necesidad de conservar alienada la mayoría de los trabajadores. La organización vertical, común a la mayoría de las organizaciones, ejerce una función castradora. Por medio de innumerables mecanismos, pero particularmente a través de esta prohibición se producen sujetos seriales, seres desestimulados hasta de desear participar de la gestión de su lugar de trabajo (p.19).

Esto me permite pensar en la modalidad de trabajo que se llevaba adelante en el establecimiento privado, ya que a cada sujeto se le designaba una tarea de manera tal que debía cumplirla como se le ordenaba, así obtenía una premiación por su buen desempeño subiendo de categoría, de acuerdo a lo planteado por el sistema interno, de lo contrario se le aplicaba una medida educativa a modo de castigo si no cumplía con la labor correspondiente.

Como resultado de lo propuesto por la Ley, el Estado debe garantizar el acceso a la medicación de toda la población que lo necesite, más allá de la cobertura que tenga. Leonardo Gorbacz, en su artículo *“Reflexiones sobre la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental”* (2013), postula que:

Existen dos formas incorrectas de utilización de los psicofármacos por parte del sistema. Por un lado, la que está destinada a castigar a usuarios o evitar supuestas “molestias” en las instituciones, es decir, su utilización como “chaleco químico” [...] La otra forma corresponde a la conocida “medicalización” de la vida cotidiana, que consiste en ampliar el mercado de consumidores de psicofármacos a personas que no lo necesitan, pero que se convencen de que una situación puntual de angustia o ansiedad, constituyen una patología que requiere ser medicada (p. 40).

En el efector público, era posible ver esta utilización de los psicofármacos que estaría destinada a evitar “molestias”. Tuve la oportunidad junto a mi grupo de trabajo de realizar una entrevista personal a la psiquiatra y psicóloga pertenecientes al programa municipal, las mismas nos expresaron: “una vez que empiezan a trabajar ciertas cuestiones pueden angustiarse, entonces es ahí cuando se evalúa la posibilidad de algún psicofármaco”. Dentro del espacio privado, sólo sabíamos de un caso que estaba con tratamiento psiquiátrico, las consultas eran semanales y llevadas a cabo por un profesional fuera del establecimiento debido a que no contaba con el equipo de trabajo adecuado. La conformación de los equipos de salud requiere de la propia revisión crítica de sus prejuicios, creencias y sobre los diversos modos de vinculación de los sujetos con las sustancias.

Para finalizar con este trabajo, haré mención nuevamente a Silvia Quevedo (2010), ya que ella sostiene que la corriente de reducción de riesgos y daños contiene una variedad de estrategias que tienden a disminuir las consecuencias negativas del uso de sustancias psicoactivas (SPA), comprendiendo diferentes modos de accionar, tanto sociales, comunitarias, para evitar mayores daños que el producido por el consumo de sustancias.

Adhiero a esta perspectiva, ya que facilita abordar la singularidad de cada caso, respetando el tratamiento que cada uno pueda llevar adelante de acuerdo a sus posibilidades, permitiendo mediante estos criterios el ingreso al sistema de salud al situarlos como sujetos de derecho.

En estos tiempos de inmediatez generalizada, de demandas de satisfacción “aquí y ahora” y la necesidad de resolver los problemas “ya”, no es raro que la misma velocidad se aplique sobre los psicofármacos. De la misma manera está aquel que cree, que imagina, dice saber que la pastilla resolverá completamente el problema, así como el que, en sentido contrario, está convencido que “esa porquería” no sirve para nada. Ambas posiciones en los extremos, contribuyen al fracaso de una herramienta potencialmente útil. En el primer caso porque el apuro, la urgencia por medicar o ser medicado no suelen ser buenos consejeros y derivan en utilizaciones no acertadas de los fármacos y en el segundo caso quizás por el rechazo y la pérdida de oportunidad de una intervención adecuada para un sujeto en determinada situación y momento.

CONCLUSIÓN

A modo de cierre, pensando mi lugar como futura psicóloga y mi pasaje por la institución municipal de Marcos Juárez como así también por el centro privado de Rehabilitación de las adicciones, considero que a la hora de trabajar con sujetos que padezcan de problemas relacionados con las adicciones, resulta indispensable colocar en el centro del tratamiento al sujeto, junto con su historia y su contexto.

Es importante trabajar las emociones que los llevan a consumir, pueden ser problemas familiares, de pareja, de autoestima, de timidez o cualquier otro. Estos problemas no siempre explican la causa de la adicción, pero trabajar con ellos es de extrema importancia para reducir las motivaciones hacia el consumo.

Me parece importante citar algunos fragmentos de una carta escrita por un ex adicto:

Todas las noches antes de irme a dormir fumaba uno para escaparme de los problemas del día, fumamos porque somos rebeldes y no queremos convivir con los problemas mundanos de la sociedad. Nos rebelamos ante el sistema con un faso en la mano. Si necesitas fumarte un porro bien grande para encontrar las respuestas, hacelo. Pero te aseguro que te vas a olvidar de todas las conclusiones. ¿Ir al psicólogo? Difícil que alguien te entienda más que vos mismo. ¿Dejar de juntarte con tus amigos? Puede ser, pero las decisiones las tomaste siempre vos. ¿Qué hago? Solo vos lo sabes.

Me gustaría para finalizar retomar la importancia del enfoque de derechos, plasmada en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, considerando al sujeto que consume como un sujeto de derechos, lo cual le permite al paciente decidir libremente

después de recibir la información adecuada entre las opciones clínicas disponibles para llevar adelante su tratamiento, como también así decidir sobre su vida; por otra parte, está la obligación del profesional a cumplir sus deberes de información respetando las decisiones de los pacientes adoptadas libre y voluntariamente por ellos.

En relación a lo anterior, me parece importante resaltar la necesidad de no estigmatizar, de comprender el contexto real de inserción del sujeto, y de incluirlo socialmente en el ámbito de las instituciones de la salud, en lo laboral y en lo educativo. La sociedad les impone el estigma y crea un daño a quienes consumen y a sus familias, esta es la razón por la que hay tanta discriminación social y legal de los sujetos con adicciones, esto explica porque en muchos casos buscan esconder la enfermedad.

Comprendiendo los diversos avatares por los que atraviesan los sujetos en diferentes momentos de la vida, el lugar del psicólogo es el de acompañarlos, escucharlos y potenciar los avances intermedios que va logrando durante el tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Czeresnia, D. y Machado de Freitas, C. (2006). *Promoción de la Salud, conceptos, reflexiones y tendencias*. Buenos Aires, Argentina: Lugar editorial.
- Ferrara, F.A. (1985). *Teoría social y salud conceptualización del campo de la salud*. Buenos Aires, Argentina: Catálogos.
- Fidalgo, M.M. (2008). *Consideraciones conceptuales acerca del “Bien Salud” y conformación del sistema de salud*. Buenos Aires, Argentina: Espacio.
- Galende, E. (2015). *Conocimientos y prácticas de Salud Mental*. Buenos Aires, Argentina: Lugar editorial.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, (2010).
- Ley 26.934 Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos, (2014).
- Sousa Campos, G. (2009). *Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos*. Buenos Aires, Argentina: Lugar editorial.
- Vallejo, E. (2da Ed.). (1998). *Aspectos toxicológicos de la drogadependencia*. Buenos Aires, Argentina: Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico.

Páginas web:

- García, C. (2015). Consumo problemático. Recuperado de <http://www.universidad.com.ar/consumo-problematico>

- Gorbacz, L. (2013). Reflexiones sobre la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental. Recuperado de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/30572>
- "Hablemos de drogas", la carta de un adicto en recuperación. (2015). Recuperado de <http://diaadia.viapais.com.ar/tus-hijos/hablemos-de-drogas-la-carta-de-un-adicto-en-recuperacion>
- Paveto, R. (2016). Claves en la lectura de uso de drogas y los consumos problemáticos. ARDA. Recuperado de <http://infoarda.blogspot.com.ar/2016/06/claves-en-las-lecturas-del-uso-de.html>
- Quevedo, S. (2010). Mesa Redonda: Estrategias de abordaje del consumo. Recuperado de <http://www.sap.org.ar/docs/congresos/2010/adoles/resum/quevedo.pdf>
- Stolkner, A. (2017). Consumo problemático. Recuperado de <http://campuseducativo.santafe.gob.ar/entrevista-a-alicia-stolkner-consumo-problematico/>
- Vázquez, E. (2008). El problema de la drogadependencia: modelos de abordaje, dispositivos de atención y paradigmas. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-032/490.pdf>