



FACULTAD DE CIENCIA POLÍTICA Y RELACIONES INTERNACIONALES

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

MODALIDAD INVESTIGACIÓN

Consumos Problemáticos

Abordajes Interdisciplinarios desde el Centro de Salud Casiano Casas

Directora de TIF: Lic. Actis Melina (actismelina@gmail.com)

Autora: Caballero, Micaela (micacaballero30@gmail.com)

Rosario

2023

INDICE

Agradecimientos	1
Introducción	2
Tema	5
Justificación	5
Objetivo General	7
Marco Metodológico	7
Capítulo I	8
Consumo Problemático: ¿Un efecto heredado?	8
1.1 La expansión mundial del mercado de sustancias psicoactivas.....	9
1.2 El consumo de sustancias en Argentina.....	9
1.3 La economía delictiva de Rosario.....	12
1.4 Inmersos en una sociedad de consumo.....	13
1.5 ¿Cuándo el consumo se torna problemático?.....	13
1.6 Modelos de Intervención.....	15
1.7 Estrategias de Intervención.....	19
Capítulo II	22
Paradigmas, legislaciones y consumo de sustancias	22
2.1 De los 70 a la actualidad.....	22
2.2 Fallo Arriola: Reivindicación de los Derechos Humanos.....	25
2.3 Cambio de paradigma: nueva Ley de Salud Mental y Adicciones.....	25
2.4 Inclusión de las Adicciones en el ámbito de la Salud Mental.....	27
2.5 Deconstrucción en el campo de la Salud Mental.....	29
2.6 Salud Mental: campo inacabado.....	31
2.7 Plan Provincial de Salud Mental: una propuesta prometedora.....	32
Capítulo III	35
Campo de Salud	35
3.1 Sistema de Salud.....	35
3.2 La Salud Pública de la Provincia de Santa Fe.....	36
3.3 Niveles de atención.....	38
3.4 Centro de Salud Casiano Casas: primer contacto.....	39
3.5 Atención de los Consumos Problemáticos.....	39
3.6 Cerrar para abrir.....	40

Capítulo IV	41
Abordaje de los Consumos Problemáticos desde el Centro de Salud Casiano Casas	41
4.1 La integralidad como punto de partida.....	41
4.2 La interdisciplina como parte inherente del abordaje.....	41
4.3 Las diferentes miradas disciplinares.....	43
4.4 Entre el servicio y el equipo.....	45
4.5 Acuerdos e interacción mutua: la intersectorialidad.....	46
4.6 Capacitaciones en Consumos Problemáticos.....	48
Capítulo V	49
Las Estrategias de intervención de los equipos interdisciplinarios en el interior del Centro de Salud Casiano Casas	49
5.1 Circuitos de atención ante las situaciones de Consumo Problemático.....	51
5.2 Vínculos: “contar con” “contar para”.....	54
5.3 Trabajo Social: La particularidad de sus aportes en el abordaje de los Consumos Problemáticos.....	55
5.4 Aportes de una visión de conjunto.....	56
5.5 La voz del Trabajo social.....	56
A modo de cierre	60
Bibliografía	64
Anexo	68

AGRADECIMIENTOS

- ❖ *Gracias a mis papás, por ser mí sostén, mi respaldo, mi refugio y mi ejemplo de progreso.*
- ❖ *Gracias a mi esposo, por su apoyo incondicional, por la complicidad que hizo posible que hoy llegue a la meta, y por sus palabras oportunas en momentos de desánimo.*
- ❖ *Gracias a mi hermano y hermana, a mi cuñado y cuñada, a mis sobrinas, a mis amigos y amigas, por celebrar conmigo cada avance.*
- ❖ *Gracias a mis compañeras y compañeros de la carrera, su compañía me abrazó infinitas veces.*
- ❖ *Gracias a mi tutora, por su predisposición, tiempo y dedicación.*
- ❖ *Gracias a la FcPolit por ser mi segunda casa. Mi corazón atesora cada momento vivido allí.*
- ❖ *Gracias a cada persona que me acompañó en el proceso animándome a seguir adelante.*

Y especialmente, GRACIAS A DIOS por preparar este hermoso camino y por permitirme conocer a personas maravillosas que han edificado mi vida.

Es por su Gracia que hoy estoy donde estoy.

INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Integrador Final (TIF) responde a la modalidad de investigación que se elaborará a partir de información empírica recolectada en el trabajo de campo que se llevará adelante en el corriente año (2023) en el Centro de Salud Casiano Casas de la Ciudad de Rosario. Asimismo se tomarán aportes de diferentes autores/as, tales como Benedetti, Stolkiner y Vasconcelos, así como también el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos, a los fines de dar sustento teórico a la situación problemática planteada.

Este trabajo tiene dos ejes principales. El primero está anclado en la concepción de consumos problemáticos, entendiendo a los mismos según la Ley Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos N° 26.934 sancionada en abril de 2014, artículo N° 2

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. (Ibídem)

Según Benedetti, el consumo problemático representa un aspecto del amplio y complejo abanico que implica pensar la clínica. Este pensar comprende también el abordaje interdisciplinario, ya que una disciplina por sí sola será incapaz de responder acerca del padecimiento, por tanto esta problemática queda a cargo de un equipo interdisciplinario, que incluye áreas como la psicología, psiquiatría, el trabajo social, la enfermería, la terapia ocupacional y otros campos pertinentes. (Benedetti, 2015, pp.39)

Esto nos invita a pensar en la interdisciplinariedad como una de las formas más efectivas de abordaje frente a la complejidad que representan las situaciones de Consumos Problemáticos que se manifiestan ante el equipo profesional del Centro de Salud Casiano Casas, por tanto este será nuestro segundo eje de abordaje del presente TIF.

En sus escritos Alicia Stolkiner plantea que:

Hay que ser capaz de cuestionar la existencia misma de las disciplinas tal cual aparecen. Cuestionar no significa negar, sino que se trata de no dar por natural e inmutable una categorización de las Ciencias que surgió ante una demanda social determinada, y quizá, es inútil para otra.
(Stolkiner, 1987, p.2)

La autora, también plantea que la interdisciplina nace, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se presentan en la actualidad y de la dificultad de encasillarlos, estos no se presentan como objetos; sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos. (Stolkiner, 1987, pp.2)

Por su parte Mourao Vasconcelos, plantea que la interdisciplinaridad exigirá la identificación de una problemática común, así como también requerirá de la puesta en común de los principios y conceptos fundamentales, un esfuerzo por una decodificación recíproca de la significación, teniendo en cuenta las divergencias y convergencias de esos conceptos, mediante lo cual se generará un aprendizaje mutuo y no por adición. (Vasconcelos, 1999, pp.4)

Asimismo, que “la propuesta de interdisciplinariedad, reconoce la necesidad de miradas diferenciadas para un mismo objeto, no pudiendo prescindir de la especialización” (Vasconcelos, 1999, p.5).

Y es en este sentido, que se buscará resaltar la particularidad del Trabajo Social ante situaciones de Consumos Problemáticos.

Para llevar adelante lo propuesto se dividirá el trabajo en cinco capítulos.

El primer capítulo, tiene como objetivo delinear un breve recorrido histórico abordando los aspectos generales del Consumo Problemático. Iluminar los distintos sucesos que fueron dándose a lo largo de la historia en relación al consumo de sustancias para poder comprender cuándo es que el consumo se torna problemático. Además, describir los diferentes modelos de abordaje que se fueron construyendo históricamente, y las estrategias de intervención aplicadas ante las situaciones de Consumos Problemáticos.

En el segundo capítulo, se realizará un recorrido descriptivo acerca de las legislaciones que impactaron en la problemática del consumo de sustancias, desde la década de los años 70 hasta la actualidad. Además, se echara luces en la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y el efecto que causó en el campo.

El tercer capítulo, tiene como objetivo el acercamiento al campo de salud en pos de ubicar allí al Centro de Salud Casiano Casas de la ciudad de Rosario.

En el cuarto capítulo, se dará cuenta de los abordajes que se realizan ante las situaciones de Consumos Problemáticos a partir del análisis de las entrevistas realizadas a los/as integrantes de los equipos interdisciplinarios de dicho Centro de Salud.

En el quinto capítulo, se identificarán las estrategias de intervención de los equipos interdisciplinarios, así como también los circuitos de atención que se llevan adelante desde el Centro de Salud Casiano Casas frente las situaciones de Consumos Problemáticos. Asimismo se pondrán de relieve los aportes del Trabajo Social.

Finalmente, se presentarán reflexiones que darán cuenta de algunos aspectos relevantes recuperados del trabajo.

TEMA

La interdisciplina en los abordajes de los Consumos Problemáticos. Los circuitos de atención de los equipos interdisciplinarios del Centro de Salud Casiano Casas de Rosario en el año 2023.

JUSTIFICACIÓN

En función del trabajo realizado en el año 2021 en el Centro de Salud Casiano Casas de la ciudad de Rosario, en el marco de la materia Planificación Social II, a partir de entrevistas virtuales que se realizaron a profesionales de dicho efector, es que cobran interés para mí las diferentes problemáticas allí trabajadas, en especial los Consumos Problemáticos; así como también la modalidad de abordaje interdisciplinario llevado a cabo por la institución.

La propuesta en este Trabajo Integrador Final tendrá como núcleo central indagar acerca del abordaje que realizan los y las¹ profesionales que forman parte de los equipos interdisciplinario del Centro de Salud Casiano Casas, ante las situaciones de Consumos Problemáticos.

Por Consumos Problemáticos se entiende la relación abusiva que tiene una persona con determinado objeto, sea sustancia psicoactiva o no, afectando de manera negativa la salud física, psíquica y hasta las relaciones sociales de la misma.

Tal como lo plantean las autoras Mauri y Sicre:

Históricamente, la temática sobre los Consumos Problemáticos ha sido un tabú, al menos desde dos puntos. Por un lado, desde lo macrosocial lo ha sido para la sociedad en su conjunto, considerando el nivel de culpabilización que rodea al sujeto que consume, a quien se intenta expulsar de la escena social. Por otro lado, desde lo microsociedad científica, para los equipos de salud y/o profesionales tratantes, quienes explicitan la complejidad de la temática, la dificultad del tratamiento y la especialización necesaria que no suelen ofrecer los programas obligatorios de las carreras de grado. (Mauri y Sicre, 2021, p. 3029)

¹ En este Trabajo Integrador Final se utilizará el lenguaje inclusivo no sexista, aplicando los términos tanto en femenino como en masculino. En el caso de las citas textuales se respetará el lenguaje utilizado por la autora o por el autor.

En torno al abordaje por parte de los equipos interdisciplinarios se siguen los lineamientos que plantean Solitario, Gorbis y Stolkiner en relación a la interdisciplinariedad postulando que:

La interdisciplina significa situarse necesariamente en un paradigma positivista, implica adherir a una epistemología que no homologa el objeto del conocimiento al objeto real, que reconoce la historicidad y por lo tanto relatividad de la construcción de los saberes disciplinarios, que no supone relaciones lineales de causalidad y que antepone la comprensión de la complejidad a la búsqueda de las partículas aisladas. (Solitario, Gorbis, Stolkiner, 2007, p.66)

Asimismo, plantean que:

La interdisciplinariedad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. Legítima algo que ya existía previamente: las importaciones de un campo a otro, la multireferencialidad teórica en el abordaje de los problemas y la existencia de corrientes de pensamientos subterráneas atravesando distintos saberes disciplinarios. (Solitario, Gorbis, Stolkiner, 2007, p. 66-67)

A raíz de todo lo expuesto se intentará llevar adelante un análisis que abone a las reflexiones en torno a las intervenciones por parte de los equipos interdisciplinarios ante situaciones que atraviesan a las personas con problemas de consumo.

En este sentido, y entendiendo que cada Centro de Salud tiene su propio accionar ante las situaciones de Consumos Problemáticos, surgen los siguientes interrogantes: ¿Cómo se aborda una situación de Consumos Problemáticos? ¿Cuáles son los primeros pasos a realizar? ¿Los circuitos de atención son propios del Centro de Salud, o son creados a nivel Municipal, Provincial, Nacional? ¿Quiénes intervienen? ¿Los profesionales del Centro de salud reciben algún tipo de capacitación para el abordaje de los Consumos Problemáticos? ¿Cuáles son las posturas de la institución frente a las situaciones de Consumos Problemáticos? ¿Cuál es la población afectada por esta problemática? ¿Qué

sustancias se consumen? ¿Cuál es la predominante? ¿Hay registros sobre las situaciones de Consumos Problemáticos que llegan al Centro de Salud? ¿Estas llegan de manera directa o por medio de terceros? ¿Qué es lo que se busca mediante el abordaje? ¿Existen espacios de contención para dichas personas dentro del Centro de Salud? y fuera del mismo, con extensión al barrio? ¿Se realiza una intervención interinstitucional? ¿Desde el Centro de Salud se ofrece un tratamiento? ¿Cuál es el rol del Trabajo Social en la intervención?

OBJETIVO GENERAL

Indagar los abordajes que realizan los equipos interdisciplinarios del Centro de Salud Casiano Casas de la ciudad de Rosario, frente a las situaciones de Consumos Problemáticos, en el año 2023.

Del objetivo general planteado se desprenden los siguientes objetivos específicos:

- 1) Analizar cuáles son las posturas que se toman desde el Centro de Salud Casiano Casas ante las situaciones de Consumos Problemáticos.
- 2) Indagar cuáles son las estrategias utilizadas por los equipos interdisciplinarios en el interior del Centro de Salud Casiano Casas cuando una situación de Consumos Problemáticos se presenta.
- 3) Conocer los circuitos de atención que se llevan adelante desde el Centro de Salud frente las situaciones de Consumos Problemáticos
- 4) Reflexionar sobre la particularidad del Trabajo Social frente a las situaciones de Consumos Problemáticos.

MARCO METODOLÓGICO:

La presente investigación será llevada adelante desde una Metodología Cualitativa; teniendo ésta un carácter descriptivo. Se realizará un trabajo de campo utilizando técnicas como la observación no participante y entrevistas de tipo semi-estructuradas para la recolección de datos. La cantidad de entrevistas a realizar será una (1) a cada profesional que conforma los equipos interdisciplinarios del Centro de Salud; médica/o, psicóloga/o, psiquiatra, enfermera/o, trabajadora social. Asimismo se utilizarán técnicas de análisis del discurso a los fines de leer estos testimonios, miradas y percepciones.

En los procedimientos metodológicos se utilizarán diversas fuentes: documentos (resoluciones, leyes, normativas), tesinas de grado, investigaciones, bibliografía vista a lo largo de la carrera y otra relacionada a la problemática.

CAPÍTULO I

CONSUMO PROBLEMÁTICO: ¿UN EFECTO HEREDADO?

Para desarrollar este primer capítulo nos proponemos recurrir a la historia, no como un mero contexto, ni como una acumulación de datos y sucesos, sino por la utilidad que proporciona el material histórico para comprender el presente. Por lo tanto, procuraremos realizar aquello que Robert Castel denomina “genealogía del presente”, es decir una problematización histórica de las cuestiones actuales. (Castel, 2001, pp.1)

En el escrito “Sobre el uso de drogas en la historia y sus regulaciones antes del prohibicionismo” (Russo, 2022); se afirma que el consumo de sustancias es de larga data en la historia.

Daniel Russo, echa luces en tiempos remotos donde el ser humano descubre la importancia de las plantas, haciendo uso de las múltiples propiedades de sus raíces, hojas, semillas y frutos para el tratamiento de dolencias de diverso origen y naturaleza. Y destaca que “la domesticación de especies presenta un interés singular en aquellas cuyas propiedades psicoactivas son capaces de aliviar y revertir procesos mórbidos, como también de causarlos a través de sus venenos” (Russo, 2022, p.50). En este sentido, señala que estas propiedades que se presentan medicinales son capaces de afectar los estados mentales a través de sus drogas, según el empleo de sus dosis.

Asimismo, el autor señala

Las especies vegetales con propiedades psicoactivas han estado a disposición del hombre en cada una de las geografías que éste ocupó a lo largo de su expansión migratoria desde el continente africano, y que los indicios del uso de plantas narcóticas y alucinógenas provienen de la gestión de los cadáveres de los miembros del propio grupo social.
(Russo, 2022, p.51)

También destaca que las prácticas de ceremonias religiosas y celebraciones colectivas (dónde el estado de embriaguez permitía una conexión con el más allá) han constituido otras de las fuentes que permite indagar sobre el alcance de las prácticas de intoxicación de nuestros antepasados, y que “los especialistas en historia sobre el uso de drogas disponen de un registro extenso sobre la relación entre las experiencias extáticas del mundo antiguo y las sustancias psicoactivas” (Russo, 2022, p.52).

1.1 LA EXPANSIÓN MUNDIAL DEL MERCADO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

Russo, plantea que dos mil años después, de lo señalado en párrafos anteriores, la relación del ser humano con las sustancias dio dos saltos significativos:

El primero; entre los siglos XVI y XVIII cuando las principales coronas europeas llevaron adelante la expansión del comercio transoceánico logrando, en pocas décadas, eclipsar la influencia de otras potencias y ubicar al continente como nuevo centro militar, político y comercial de la escena internacional. Dicha confluencia de las riquezas provenientes de diversas regiones vino acompañada de la exportación de nuevos productos de origen vegetal con propiedades estimulantes y embriagantes, siendo estas sustancias exóticas capaces de modificar el estado mental, emocional y perceptivo.

Entre estas sustancias podemos destacar el tabaco, el cacao, la coca, el guaraná y la yerba mate, las cuales lograron abrir así un nuevo espectro de usos; siendo el café la sustancia que más claramente expresa el proceso de reconfiguración mundial de cultivos. La expansión de las superficies cultivadas con este producto se multiplicó por África, Asia y Oceanía, alcanzando dimensiones significativas correspondientes a la categorización de monocultivo. (Russo, 2022, pp.53)

El segundo salto; se relaciona al nacimiento de la industria farmacéutica el cual “se produjo en el siglo XIX con el aislamiento y síntesis de los alcaloides vegetales lo que posibilitó la producción de drogas a escala industrial” (Russo, 2022, p.55).

A partir de esto, se iniciaba una nueva era en que la comunidad de investigadores/as en química, estimulados/as por las academias nacionales de ciencia de las principales potencias europeas, se lanzaron a una carrera para aislar los principios activos de diversos vegetales, y dónde la medicina se declaraba triunfante ante el dolor, quedando atrás los terrores vinculados al sufrimiento extremo en el cuerpo. (Ruso, 2022, pp.56)

En esta genealogía del Consumo Problemático no podemos dejar de mencionar la preponderancia de las guerras, las cuales fueron el factor principal de la expansión del uso de diversas sustancias por fuera del control médico, no sólo para calmar el dolor físico sino para contrarrestar las secuelas en el orden psicológico, producto del conflicto bélico.

Es un hecho que “las consecuencias indeseadas que presentaban las nuevas drogas sobrepasaron la preocupación de los profesionales de medicina para volverse un tópico de inquietud para todo el campo social” (Russo, 2022, p.56).

1.2 EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ARGENTINA

Acá resulta propicio destacar la expansión del mercado de sustancias psicoactivas a nivel nacional para que de alguna manera podamos señalar a qué se debe el crecimiento sostenido del Consumo Problemático a nivel provincial y/o local.

Como punto de partida, iremos a las razones y al tablero geopolítico² que mueve casi todo. Es decir, como en tantas otras cuestiones en las que la agenda o la realidad nacional atrae una gran cantidad de atención, hay que saber que lo geopolítico está generalmente por detrás, y que no son solamente los actores locales los que intervienen, sino que hay por detrás enormes poderes, de mucho impacto económico, que planifican de alguna manera (a grandes rasgos) la vida y la muerte de los demás, la economía y la cultura.

Este es el caso particular del Narcotráfico “que ha convertido a la Argentina en el tercer exportador de cocaína hacia Europa y primer consumidor de esa sustancia en toda América en proporción de habitantes” (Del Frade, 2014, p.12).

Carlos Del Frade plantea que Argentina era un lugar donde las personas encontraban trabajo en el puerto, los frigoríficos, los talleres metalúrgicos y otras industrias.

Hasta que los años noventa trajeron el impune agujero negro de la desocupación y la mayoría del pueblo enfrentó con lo que pudo cada una de sus urgencias. El capitalismo, entonces, eligió los actores para montar su doble estrategia de circuito de dinero fresco y dependencia mental, el Narcotráfico. (Del Frade, 2014, p. 20)

El autor afirma que el Narcotráfico es uno de los ciclos del sistema que atraviesa todas las instituciones. Y destaca:

No es simplemente el resultado del negocio de alguien que vende drogas, más o menos sofisticadas. Se trata de un entramado de relaciones que impulsa un circuito de dinero fresco y en negro que alimenta la vida cotidiana, no solamente de la Argentina, sino también del planeta. (Del Frade, 2014, p.38)

² De término “geopolítica” entendida como el estudio de la vida e historia de los pueblos en relación con el territorio geográfico que ocupan y los factores económicos y raciales que los caracterizan.

Por su parte, Samuel Blixen afirma que:

El narcotráfico (...) asume el rol que "el comunismo" ocupó en los años 60 y 70 para justificar una política de intervención militar y de hegemonía económica. La definición de un enemigo común, transnacional y lo suficientemente peligroso, es vital para el soporte de una estrategia de hegemonía o de dependencia, según desde donde se lo mire. Como antes el comunismo, el narcotráfico definido como principal enemigo de los procesos democráticos, tiende a enmascarar la causa primera de la desestabilización latinoamericana: las profundas injusticias sociales y los niveles insoportables de marginación y pobreza que engendran las recetas económicas neoliberales. (Blixen, 2003, p. 2)

Al respecto, el ex Jefe de la policía Metropolitana, E. Burzaco, expresa que:

La debilidad de nuestra amplia frontera ha sido un elemento crítico para la expansión del negocio (...) la reciente alerta pública del Papa Francisco sobre el peligro de que la Argentina se “mexicanice”, es decir que adquiriera hábitos delictivos y padezca las consecuencias del avance del crimen organizado como aquel país, causó gran impacto en la sociedad. (Burzaco, 2015, p. 1)

Asimismo, el Ministro de Defensa Agustín Rossi, reconoció en el año 2014 que la Argentina era un país de tránsito que se convirtió en uno de consumo y también de elaboración de drogas. Y señaló que “en la ciudad santafesina de Rosario el narcotráfico tuvo un crecimiento exponencial desde el 2010” (Diario El Cronista, 2014).

1.3 LA ECONOMÍA DELICTIVA DE ROSARIO

Eugenia Cozzi señala que “en los últimos años se fue consolidando una imagen de la ciudad de Rosario, como ciudad narco” (Cozzi, 2018, p.35).

Lo expresado nos da pie a correr nuestra mirada hacia otra de las aristas que tiene el Narcotráfico, es decir mirar hacia aquello que se presenta como telón de fondo y que genera el crecimiento sostenido del Consumo Problemático en nuestra ciudad.

Dicho telón de fondo es la actividad económica de carácter delictivo que se manifiesta a través del tráfico ilícito de drogas. “Como práctica social, el tráfico ilícito de drogas, o narcotráfico, es un fenómeno multidimensional, transnacional y mutable” (Sepliarsky, 2018, p.302).

Al respecto la SEDRONAR señala que:

El tráfico ilícito de drogas es un delito que en la Argentina ha adquirido presencia creciente, obedeciendo a un movimiento de tipo global que ha hecho que esta actividad se diversifique geográficamente y se haga más densa cuantitativamente en cada una de las áreas en donde se desarrolla.

(Sedronar, 2007, p. 23)

Lautaro Sepliarsky, plantea que “el tráfico de drogas es la actividad ilegal que mayor poderío económico representa internacionalmente, lo cual hace de este mercado el motor financiero de las principales organizaciones criminales en el mundo” (Sepliarsky, 2018, p. 309).

Aquí vale resaltar, siguiendo al autor que:

Un mercado ilegal nace cuando existe una demanda efectiva y potencial insatisfecha de bienes y servicios, cuyos usos o prácticas han sido prohibidos por sus enormes perjuicios a la población. Sin embargo, para hacerse efectivo debe haber una serie de actores que, a pesar de las sanciones impuestas por una sociedad que castiga la producción y comercialización de estos productos ilegales, se atreve a evadir las leyes y los controles estatales para dominar y manejar este mercado.

(Sepliarsky, 2018, p. 304)

Burzaco, expresa que el país, y particularmente la ciudad de Rosario, no sólo ha aumentado el tráfico, sino también el consumo de estupefacientes y la producción local de drogas ilegales. (Burzaco, 2015, pp. 1)

Asimismo, plantea que con el paso del tiempo, el narcotráfico evoluciona de ser un negocio eminentemente logístico a convertirse en un negocio de consumo masivo, donde las bandas criminales pelean para controlar el territorio y distribuir las drogas en el creciente mercado de consumo local. (Burzaco, 2015, pp. 3)

En este sentido, An Maeyaert señala que “las periferias de nuestra ciudad alojan el primer nivel de una actividad mercantil ilegal que transforma el escenario de los barrios y las condiciones de vida de sus habitantes” (Maeyaert, 2017, p.59).

1.4 INMERSOS EN UNA SOCIEDAD DE CONSUMO

“El término Consumo Problemático nos convoca a pensar que vivimos en una sociedad de consumo donde todos consumimos distintos tipos de objetos/bienes” (Informe, 2015, p.114).

La Secretaría de Política Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar), en su Manual 2019 plantea que:

Vivimos en una cultura que valora la satisfacción rápida e inmediata, el consumo por el consumo, donde el sistema nos propone todos los días, por ejemplo, un nuevo modelo de celular, con una serie de funciones que nada tienen que ver con la necesidad que vienen a satisfacer -la comunicación-, y que, además, si no se lo posee, uno se queda afuera de la sociedad. La integración a la sociedad se da por el consumo, y se prodigan valores que apuntan más al tener, que al ser. (Sedronar, 2019, p. 18)

Ahora bien, si estamos atravesados/as por una sociedad consumista, vale preguntarse:

1.5 ¿CUÁNDO EL CONSUMO SE TORNA PROBLEMÁTICO?

Es preciso esclarecer que no todo consumo es problemático, sino que aquello que le asigna esta característica al consumo es el vínculo que establece una persona con una o varias sustancias (legales o ilegales) en un contexto determinado.

Carlos Damín, afirma que “muy frecuentemente tiende a identificarse al consumidor de sustancias como adicto y sin embargo hay diferentes tipos de vínculos de las personas con las sustancias sin ser todos ellos adicciones, ni necesariamente Consumos Problemáticos” (Damín, 2015, p.13).

Como fundamento a esto propone una diferenciación entre lo que es el uso, abuso y dependencia a sustancias.

Se puede definir el *uso* de una sustancia como un consumo aislado, episódico, ocasional, sin tolerancia ni dependencia. Claro está que un único episodio de consumo puede ser fatal, en el caso de intoxicación aguda, o dañino cuando una mujer embarazada consume alcohol.

El *abuso* es un uso inadecuado por su cuantía, frecuencia o finalidad. Conlleva un deterioro clínico significativo, que da lugar al incumplimiento de las tareas habituales y/o alteraciones en las relaciones interpersonales sean sociales o familiares.

Existe *dependencia* de una sustancia cuando se tiene la necesidad inevitable de consumirla y se depende física y/o psíquicamente de ella. Aparece una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la misma para conseguir el efecto deseado (tolerancia), consumiendo en muchos casos para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

El autor destaca que el consumo se torna problemático cuando existe una dependencia, es decir una adicción a la sustancia por parte de una persona. Sustancia que al ser “incorporadas al organismo, producen algún tipo de alteración del estado psíquico y del estado de conciencia” (Damín, 2015, p.12).

Por su parte, la Licenciada Susana Ryan, plantea que no es posible hablar de un motivo de este tipo de Consumo Problemático, sino que suelen incidir una multiplicidad de factores. Dichos factores son clasificados como predisponentes o desencadenantes.

Entre los factores predisponentes encontramos:

- Factores sociales: Indiferencia institucional, ausencia de proyectos, falta de compromiso, descreimiento.
- Factores familiares: Dificultades para comunicarse, ausencia de pautas y límites claros, falta de momentos para compartir, poca contención.
- Factores individuales: Estructura psicobiológica de cada individuo.

El interjuego de los factores sociales, familiares e individuales pueden predisponer para la emergencia de prácticas adictivas, pero en general es necesaria, además, la aparición de alguna situación de crisis, de un Factor desencadenante: situaciones que generan angustia y que sí no se elaboran adecuadamente pueden llevar, como síntoma del problema no resuelto, a este tipo de Consumo Problemático de drogas. (Ryan, 2009, pp.18)

Desde esta perspectiva podemos decir que la adicción es la expresión de una conjunción de factores, y que debe ser entendida como el síntoma visible que apunta a otra problemática.

Aquí, resulta propicio subrayar que el abordaje del Consumo Problemático demanda reflexionar sobre los modelos de intervención que se fueron construyendo históricamente. Los cuales desde diferentes paradigmas y posicionamientos han ido determinando las formas de abordar las situaciones de consumo.

1.6 MODELOS DE INTERVENCIÓN

Benedetti, señala que “cuando hablamos de modelos, hablamos de un esquema sintético que ordena los elementos de la realidad-visión del mundo, y este orden da o determina la concepción que nosotros tenemos acerca de las cosas” (Benedetti, 2015, p.23).

La autora plantea que existen diversas tipologías y clasificaciones que, en todos los casos, implican una comprensión (a veces penal y otras veces clínica) de la relación de los sujetos con las sustancias psicoactivas y su entorno. (Benedetti, 2015, pp.23)

A continuación veremos los cinco modelos de intervención que fueron construidos a lo largo de la historia en relación a los Consumos Problemáticos y que, según el Abordaje Integral de los Consumos Problemáticos, fueron planteados por primera vez por Helen Nowlis, quien los describe sobre la base de la combinación de tres dimensiones: sujetos, contexto y sustancias.

Modelo ético-jurídico

Desde el punto de vista histórico, éste es el primer modelo preventivo-asistencial que surge hace más de cien años.

Según la Sedronar “este modelo establece una clasificación tajante de las sustancias en lícitas e ilícitas, más allá de su composición farmacológica. Se centra el eje de explicación de las adicciones en las sustancias psicoactivas ilícitas sobre las que recaerá el nombre de drogas” (Sedronar, 2019, p.31).

Aquí el agente causal de la adicción es la droga, la cual se presenta como el agente activo mientras que el sujeto se presenta como el agente pasivo en la dualidad sujeto-objeto. (Sedronar, 2019, pp.31)

Para este modelo, la adicción se presenta ante cualquier uso de sustancias, independientemente del vínculo que tenga el sujeto con las mismas.

“Está concepción responde a consideraciones morales y jurídicas, y propicia la construcción de un estereotipo del consumidor como un drogadicto, desviado, peligroso y delincuente” (Sedronar, 2019, p. 31).

Por su parte, Ryan plantea que desde esta perspectiva “en lo que concierne al contexto, éste se encarna en la norma, vale decir que lo social se subsume a lo normativo, y así

quedan claramente delimitado dos ámbitos: el de los *normales* y el de los *desviados*” (Ryan, 2009, p.19).

Asimismo, destaca que “el discurso preventivo que resulta de este enfoque enfatiza que el uso de drogas es ilegal y moralmente malo” (Ryan, 2009, p.20). Y respalda la prohibición orientada principalmente a evitar el consumo de drogas prohibidas, con una propuesta abstencionista.

Modelo médico-sanitario

Este modelo surge a finales de la década del 50 y concibe a las adicciones como una enfermedad, ubicando en este caso, a las sustancias psicoactivas como agentes causales de adicción, manifestada en una especie de virus que infecta el organismo y es indispensable eliminar.

Según la Sedronar, este modelo responde a la lógica del modelo de las enfermedades infecciosas y “la operatoria técnica consistirá en la desintoxicación o extracción de la droga, desresponsabilizando a los sujetos de sus actos” (Sedronar, 2019, p.32).

Desde este enfoque, al igual que el anterior, el sujeto cumple un rol pasivo, mientras que la droga ocupa un rol activo externo patógeno. Por su parte, “el contexto está conformado por el ambiente inmediato donde el agente patógeno está al acecho” (Ibídem).

Aquí, el consumo de drogas es la causa principal de la dependencia, y no se realiza ninguna distinción entre los consumos ordinarios de sustancias de los consumos problemáticos, es decir no se analiza el tipo de relación que entabla el sujeto con las sustancias.

Según Ryan, “el consumidor de drogas ya no es visto como delincuente, sino como enfermo” (Ryan, 2009, p.20).

Resulta interesante mencionar que “bajo este modelo se consideran drogas tanto las ilegales como las legales, por lo que incluye también como problema el consumo de tabaco, alcohol y medicamentos” (Ibídem).

La autora también destaca que, este modelo inscribe a la prevención en el campo de la salud pública y su objetivo es evitar el consumo de drogas desde la lógica abstencionista. Y la Sedronar agrega: “las consecuencias de la aplicación de este modelo llevan a la estigmatización de los consumidores y a su alejamiento del sistema sanitario” (Sedronar, 2019, p.33).

Modelo psico-social

El modelo surge durante la década de los 80, y se distingue de los modelos precedentes, al invertir el modo de comprender la interrelación entre sujeto y sustancias psicoactivas.

La Sedronar señala que:

El eje se centra en el sujeto y en sus relaciones con las sustancias. El sujeto es considerado como en el caso anterior un enfermo, pero aquí la enfermedad es mental. La adicción sería un efecto no ya de una sustancia, sino de un trastorno psíquico. (Sedronar, 2019. p.33)

Es decir, que el sujeto no es una persona enferma por consumir drogas, sino que tiene una enfermedad previa (diagnosticada o no) al consumo, manifestándose por conflictos con medio microsocial, grupos de pertenencia, la familia, grupo de pares, entre otros; siendo el consumo un síntoma de dicha enfermedad.

En este modelo no se distingue entre tipos de drogas legales o ilegales, sino que lo primordial es la relación que entabla el sujeto con las sustancias que consume. En este sentido, la Sedronar plantea que se tiende a “hacer distinción entre las cantidades, frecuencias y modalidades de uso de drogas, distingue entre uso, abuso y dependencia” (Sedronar, 2019, p.33); siendo evidente la adicción cuando hay abuso o dependencia a la sustancia, cualquiera ésta fuera.

Con respecto al contexto, entendido como entorno inmediato (familia, amigos/as, allegados/as), según dicho modelo este puede actuar para bien o para mal. Cuando actúa para mal, se considera que este contexto lo enferma y es una prioridad, para el bien del sujeto, que no tenga contacto con todo aquello que no contribuye a su bienestar.

Ryan, plantea al respecto, que en este modelo “la prevención no reconoce como propósito exclusivo evitar el uso de drogas, sino intervenir en la modificación de actitudes y comportamientos” (Ryan, 2009, p.22). Y la propuesta lejos de ser abstencionista “consiste en una prevención inespecífica, que incluye acciones tendientes al desarrollo de actitudes de autocuidado y al mejoramiento de las relaciones interpersonales” (Ibídem).

En este modelo, la prevención saca el foco exclusivo de las drogas y se inscribe en el amplio campo de la Salud Mental.

Modelo socio-cultural

Este enfoque emerge a fines de los años 80 en algunos países europeos y se distingue de los otros modelos en que aquí el consumo de sustancias varía necesariamente según las culturas y subculturas

Podemos decir, siguiendo el Abordaje Integral de Consumos Problemáticos de la Sedronar que “se asigna una importancia destacada al contexto histórico social y cultural y las relaciones que se dan con la sustancia y los sujetos en la conceptualización del fenómeno del consumo de drogas” (Sedronar, 2019, p.34).

En este modelo, el contexto es el eje del problema y es en el medio social (sociedad toda) donde se deben buscar las causas de que una persona consuma drogas. Por su parte, “la dimensión subjetiva es leída como un reflejo de los problemas sociales, los conflictos psicológicos se ubican como emergentes de condiciones socioeconómicas y ambientales: pobreza, una vivienda inadecuada, vulnerabilidad social” (ibídem).

Según Ryan, “es la presión ejercida por estos factores sobre el individuo lo que conduce al consumo de drogas, leído como forma de evadir la realidad que es vivida como insoportable” (Ryan, 2009, p.22). En este modelo aparece nuevamente “la caracterización del uso de drogas como síntoma, pero no ya en términos psicopatológicos, sino sociales, como manifestación de las disfunciones del sistema” (Ibídem).

Con respecto a las estrategias de este modelo, se apunta a cuestionar las condiciones de producción social de los Consumos Problemáticos.

Modelo Multidimensional

Este modelo en comparación a los cuatro precedentes se presenta desde una perspectiva relacional, haciendo hincapié en las complejas relaciones que se dan entre las sustancias, el sujeto y el contexto, desde un abordaje interdisciplinar, integrado y colectivo.

Según la Sedronar

Esta perspectiva se nutre del paradigma de la complejidad, donde las acciones de prevención tienen en cuenta la mayor cantidad de aspectos que suponen una determinada situación: el sujeto, su entorno y su historia, los vínculos, las redes con las que cuenta, el contexto en el cual está inserto, entre otros factores. (Sedronar, 2019, p.34)

En este modelo, se analizan dichos condicionantes, los cuales pueden incidir en el consumo, pero se enfatiza en que estos deben ser tomados como probabilidades y no como determinaciones.

Ryan, plantea que aquí “se apunta a la interrelación dinámica entre las características individuales, las del entorno cercano y las del entorno macrosocial” (Ryan, 2009, p.24). Y el Abordaje Integral de Consumos Problemáticos de la Sedronar agrega que la estrategia de prevención consiste en fortalecer las redes sociales, y que es “fundamental pensar la prevención y las prácticas preventivas como parte de la construcción de un proyecto individual inserto en uno colectivo” (Sedronar, 2019, p.35).

1.7 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Los modelos descritos se enlazan con dos estrategias de intervención que según Benedetti “en la actualidad disputan el terreno de la prevención y la atención” (Benedetti, 2015, p.29).

Estas son: la estrategia abstencionista-prohibicionista y la estrategia de reducción de riesgos y daños. A continuación desarrollaremos las características que definen a las mismas.

Estrategia Abstencionista-Prohibicionista: Esta estrategia se basa en los modelos ético-jurídico y médico-sanitario, pone el foco en el objeto, es decir en la sustancia psicoactiva, como causa principal del consumo y por ende lograr la abstinencia es la condición inicial del tratamiento que realizará la persona con problemas de consumo.

Según Benedetti “la supresión del consumo es el punto de partida y el primer objetivo de un tratamiento abstencionista. La sustancia, por su parte, es un objeto fuertemente prohibido” (Benedetti, 2015, p.29).

Esta estrategia es desarrollada en comunidades terapéuticas, por lo general cerradas, que se rigen por una lógica de reglas que deben ser cumplidas y que de lo contrario se dará lugar a una sanción como método de aprendizaje.

Aquí la sustancia está en el centro de la escena, siendo las que controlan la vida de las personas, consideradas como “una especie de títere que se deja manipular pasiva y dócilmente” (ibídem).

Como estrategias preventivas, suelen utilizarse las campañas publicitarias y las charlas informativas de prevención, teniendo como eje central a la droga. “Las publicidades que afirman que la droga *enferma y mata*, dejan entrever el discurso médico-sanitario. Aquellas que apelan al flagelo como metáfora de la droga suelen explicitar el discurso ético-jurídico” (Benedetti, 2015, p.30).

La estrategia abstencionista-prohibicionista procura la eliminación de la sustancia de la vida del sujeto, levantando la bandera de que si esto se logra, todo se puede controlar, teniendo como consecuencia la mejoría de una persona.

Esta perspectiva también gira en torno en que si en pleno tratamiento la persona vuelve a consumir esto se manifiesta como una recaída, lo cual invita a pensar al Consumo Problemático como una enfermedad.

Esta estrategia se asocia al tratamiento a puertas cerradas, donde la persona con problemas de consumo se sabe aislada, desarraigada de todo aquello que lo pueda contaminar y/o hacer caer nuevamente, donde tiene poca y casi nula participación y su pronta recuperación dependerá de su negación a volver a tener contacto con algún tipo de sustancia, sea está legal o ilegal.

Estrategia de reducción de riesgos y daños: Esta estrategia se presenta como alternativa a la estrategia abstencionista-prohibicionista, y refleja que dejar de consumir

no es una condición obligatoria para el inicio del tratamiento, más bien se rige por el principio de que una persona que consume necesita ayuda profesional para disminuir los riesgos que corre a nivel personal y social y, deshilar de alguna manera el vínculo que tiene con la sustancia que consume.

Los riesgos mencionados pueden ser: “(1) de la *salud*, como una transmisión de enfermedades; (2) *sociales*, por ejemplo, la estigmatización, la vulnerabilidad social; y (3) *legales*, como la penalización por tenencia de estupefacientes” (Benedetti, 2015, p.33).

Una característica que tiene esta estrategia es que a comparación de la otra, esta hace hincapié en el sujeto, el cual es ubicado como activo responsable por sus acciones, por ende resulta propicio que este tenga participación en su propio tratamiento.

Benedetti plantea que en esta estrategia

Se parte del hecho de que la persona está consumiendo y que está en riesgo. Que hay situaciones a las que se expone y que hay cosas que no sabe. Y que es posible ayudar a esa persona a esclarecer algunas informaciones sobre su propio consumo, así como también a cuidarse. (Benedetti, 2015, p.34)

Y agrega:

Se debe tomar también la idea de *prevención* en tanto *promoción*: de posibilidades, de sentidos, de transformaciones, de fortalecimiento, de escucha, de activación de recursos y alternativas para la resolución de problemas; en fin, de construcción de proyecto vital, entramado contextual y textualmente. (Ibídem)

Vale resaltar, que los modelos y estrategias descriptos no han perdido su vigencia, es decir que aún siguen presentes de forma explícita o implícita en los diferentes discursos de los sectores que intentan dar cuenta del fenómeno de las sustancias psicoactivas.

El análisis de dichos modelos y estrategias nos permite entender que el Consumo Problemático tiene múltiples formas de abordaje. No obstante, nos invita a pensar y repensar maneras otras de abordar dichas situaciones, desde una lectura compleja, situacional, contextual e histórica, con carácter inclusivo y de proyección desde el inicio.

Con lo expuesto hasta aquí, podemos dar cuenta y compartir con Castel que “el presente no es únicamente lo contemporáneo, es un efecto heredado, es el resultado de toda una serie de transformaciones que es preciso reconstruir para poder captar lo que hay de inédito en la actualidad” (Castel, 2001, p.1).

CAPÍTULO II

PARADIGMAS, LEGISLACIONES Y CONSUMO DE SUSTANCIAS

2.1 DE LOS 70 A LA ACTUALIDAD

En América Latina, la influencia de los dos grandes paradigmas que atraviesan históricamente la problemática del consumo: el prohibicionista y el de reducción de riesgos y daños se ha expresado en las múltiples promulgaciones de leyes nacionales acatando las recomendaciones de las convenciones por parte de la mayoría de los países, durante la década de 1970.

Llovera y Scialla, señalan, siguiendo la terminología de Touzé, que es durante este período cuando el problema de la droga se consolida como tal en Argentina. (Llovera y Scialla, 2017, pp.81)

Lo mencionado se puede ver reflejado en la promulgación de la Ley N° 20.771 en 1974; una ley especial sobre estupefacientes que imponía penas de uno a seis años más una multa por la tenencia de sustancias psicoactivas y estupefacientes, aunque fuera para un consumo personal. La misma fue impulsada por José López Rega, quien estaba a cargo del Ministerio de Bienestar Social y se presentaba en guerra contra las drogas. Además, “en la década siguiente, y en el contexto de la dictadura militar, este enfoque fue ratificado por la Corte Suprema con el argumento de la defensa de la seguridad nacional” (Touzé, 2010, p.2). Esta idea de la guerra contra las drogas se convierte en un basamento fundamental del prohibicionismo como una doctrina internacional. (Llovera y Scialla, 2017, pp.81)

Una vez que fue recuperada la democracia en 1983, comenzó a ganar terreno la postura judicial de someter a un serio control de constitucionalidad la disposición que penaba sin excepciones la tenencia de estupefacientes. En esta dirección, en agosto de 1986 en el conocido fallo “Bazterrica”, la Corte Suprema declaró la inconstitucionalidad del mencionado artículo por invadir la esfera de la libertad personal. (Touzé, 2010, p.2)

No obstante, la expresión hegemónica prohibicionista en torno al problema de las drogas se fue reafirmando en el transcurso de los años, plasmándose en la Ley N° 23.737 sancionada en el año 1989, bajo el gobierno de Carlos Saúl Menem, conocida como Ley de Drogas, basada en la Ley N° 20.771, pero promoviendo un aumento de las penas y manteniendo la penalización de la tenencia para consumo personal. (Llovera y Scialla, 2017, pp.81)

María Epele señala que:

Conjuntamente con la sanción de la ley de estupefacientes en 1989 y la rápida expansión de la cocaína en los noventa, se fue desarrollando un complejo dispositivo policial-judicial-sanitario que impone no sólo la prisión sino el tratamiento de rehabilitación compulsiva con internación cuando la persona es acusada de tenencia de estupefacientes para consumo personal, muestra indicios de dependencia física y prefiere la abstinencia a las drogas antes que el encarcelamiento. (Epele, 2007, p.163)

Por su parte, Touzé plantea que dicha Ley “reprime la tenencia de estupefacientes para consumo personal con 1 mes a 2 años de prisión sustituibles por medidas educativas o de tratamiento” (Touzé, 2010, p.2); mientras que Llovera y Scialla agregan que la misma:

Tuvo -y tiene- entre sus principales efectos prácticos la concentración de las sanciones punitivas en el polo de la demanda de las sustancias, no así en la oferta. Esto quiere decir que las prácticas de persecución, criminalización e inicio de causas penales se centraron en los usuarios de sustancias y no en los sujetos y organizaciones encargados de la venta y el tráfico ilícito. (Llovera y Scialla, 2017, p.81)

Asimismo, durante este periodo se creó la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), dependiente de la presidencia de la Nación, como un ente articulador entre las lógicas punitivas y sanitarias.

Esta institución unificó tanto las políticas tendientes al control de la oferta (venta de sustancias) como de la demanda (la asistencia de los usuarios), en consonancia con los postulados de la política exterior norteamericana. (Llovera y Scialla, 2017, pp.82)

El objetivo inicial del organismo era asistir al Presidente de la Nación en todo lo atinente a la programación de la fiscalización, el control y la legislación de la lucha contra el tráfico ilícito y el uso indebido de drogas, estupefacientes y psicotrópicos (...) Concentrándose así en un único organismo responsabilidades tan dispares como la persecución criminal, la atención sanitaria y los esfuerzos preventivos. (Touzé, 2010, p.4)

En el año 1996 a cargo de la SEDRONAR, mediante el decreto N° 623, se elaboró y aprobó el Plan Federal de Prevención Integral de la Drogadependencia y de Control del Tráfico Ilícito de Drogas, teniendo como referencia normativa a la Ley N° 23.737

Llovera y Scialla destacan que:

Al promediar la década de 2000, se evidenció un complejo debate en Latinoamérica en torno a los resultados alcanzados por el prohibicionismo para afrontar los problemas asociados al consumo y venta de sustancias, en el cual se remarcó su rotundo fracaso en la región y los desastrosos resultados que produjo. (Llovera y Scialla, 2017, p.85)

Argentina no quedó exenta a la influencia de esta discusión y, en el año 2007, durante el primer mandato de Cristina Fernández de Kirchner, se iniciaron una serie de medidas a instancias del Ministerio del Interior en pos de transformar la política en materia de drogas.

Fernández sostenía que la política en materia de drogas debía sostenerse en dos pilares complementarios pero claramente diferenciados: por un lado, la persecución del crimen vinculado al tráfico de estupefacientes y, por el otro, el derecho a la salud a partir de la descriminalización de los usuarios de sustancias. (Llovera y Scialla, 2017, p.85)

Fue en la 51ª reunión de la Comisión de Estupefacientes en Viena, el 10 de marzo de 2008 que señaló - "No me gusta se condene al que tiene una adicción como si fuera un criminal. Los que tienen que ser condenados son los que venden la sustancia" (Touzé,

2010, p.4); manifestando que el gobierno se encontraba pensando, analizando y planificando un proyecto de Ley para presentar en el Congreso Nacional en pos de reformar la normativa en materia de tenencia de drogas para consumo personal y con el fin de despenalizarla.

2.2 FALLO ARRIOLA: REIVINDICACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

En el transcurso del año 2009 la Corte suprema llevó a cabo el llamado “Fallo Arriola”, a partir de la causa iniciada a cinco personas a las cuales se les encontraron tres cigarrillos de marihuana, siendo detenidas al egresar de una vivienda en la cual se presumía que se llevaba a cabo la venta de estupefacientes. La Corte, considerando los fundamentos de los Fallos Bazterrica (de 1986) y Montalvo (1990), declaró la invalidez del Artículo 19 de la Constitución Nacional al invadir el ámbito de la libertad personal, el cual se encuentra excluido de la autoridad de los órganos estatales. En este sentido, se planteó la inviabilidad de continuar penalizando la tenencia de estupefacientes para uso personal. (Llovera y Scialla, 2017, p.86)

Touzé, plantea que “los jueces entendieron que el derecho a la intimidad debía primar, pero establecieron cierto límite a la protección constitucional en la afectación de esa conducta a terceras personas” (...) y que “se puede entender el fallo de la Corte como una apelación al poder ejecutivo para que sea más eficaz en sus políticas de drogas, y una solicitud de reformas en el sistema actual” (Touzé, 2010, p.2); mientras que Llovera y Scialla, consideran que este plantea una “urgente ubicación de la situación de los usuarios en el ámbito de la salud pública” (Llovera y Scialla, 2017, p.87).

En este sentido, las autoras coinciden en que el Fallo Arriola significó para los/as usuarios/as de sustancias psicoactivas el reconocimiento de derechos; contrarrestando la criminalización y procurando la no estigmatización de los/as mismos/as.

2.3 CAMBIO DE PARADIGMA; NUEVA LEY DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

El Fallo Arriola, desde un Enfoque de Derechos en materia de Salud Mental, fue de alguna manera respaldado como vía a seguir en el desarrollo de las políticas públicas a partir de la sanción de la Ley de Salud Mental N° 26.657 el 10 de diciembre del año 2010.

El proyecto de ley había sido presentado por el Diputado Nacional de Tierra del Fuego Leonardo Gorbacz en el año 2007, fue posteriormente enriquecido por un amplio y nutrido debate no sólo en el ámbito de ambas cámaras legislativas sino también en espacios extraparlamentarios vinculados con las prácticas de salud mental y de derechos humanos, de los que por ejemplo participaron el Centro de Estudios Legales, Sociales, la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud, la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, el Consejo Federal Legislativo de Salud, el Foro de Desmanicomialización, referentes académicos y asociaciones de usuarios y familiares y, la Asociación Madres de Plaza de Mayo. (Martínez, 2015, p.229)

Esta normativa, producto de un largo proceso de lucha, se presenta primordialmente como una ley de Derechos Humanos, la cual implicó un cambio jurídico con impactos potenciales en los diversos niveles de organización del sistema de salud cuyos alcances aún se encuentran en expansión. Y pudo instituirse como política social específica integrando la agenda de las políticas públicas en el marco de un proyecto nacional que privilegió atender la problemática de la inclusión social.

Desde esta perspectiva, la Ley se inscribió como una verdadera estrategia de integración social, considerando a la Salud Mental como un valor humano fundamental, y donde se expresa el pasaje de una concepción de objetos de asistencia a sujetos de derechos.

En este sentido, Martínez plantea que la Ley:

Se basa en la perspectiva de Derechos Humanos que sustenta la transformación e inclusión, proponiendo una reforma sustancial en las prácticas y en los tratamientos de Salud Mental, desde una perspectiva de Derechos Humanos, de salud integral, interdisciplinaria, en el ámbito comunitario del sujeto con padecimiento en su Salud Mental y con pleno reconocimiento de sus derechos. (Martínez, 2015, p.229)

Llovera y Scialla exponen como columna vertebral de este nuevo paradigma los siguientes aspectos:

La inclusión de las adicciones en el ámbito de la Salud Mental, la atención interdisciplinaria e intersectorial basada en redes comunitarias, la atención ambulatoria, el mantenimiento de los lazos familiares, laborales y afectivos de las personas usuarias de los servicios de Salud Mental y la adopción de prácticas de salud acordes con el respeto y garantía de los Derechos Humanos. (Llovera y Scialla, 2017, p.88)

Todos estos aspectos están fuertemente vinculados a la definición de Salud Mental que propone dicha Ley en su Art. N° 3

Se reconoce a la Salud Mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los Derechos Humanos y sociales de toda persona. (ibídem)

Dicho artículo, enuncia de manera explícita que la Salud Mental “es un campo bastante polisémico y plural en la medida que trata del estado mental de los sujetos y de las colectividades que, del mismo modo, son condiciones altamente complejas” (Amarante, 2009, p.21).

2.4 INCLUSIÓN DE LAS ADICCIONES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

La Ley de Salud Mental destaca que se aboca al abordaje de las Adicciones y los Consumos Problemáticos, poniendo de relieve que en ella se distinguen diversos usos de las sustancias psicoactivas.

La misma, en su artículo N° 4 expresa 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. (Ibídem)

El Plan Nacional de Salud Mental, elaborado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud en el año 2013, plantea que desde esta perspectiva “el eje deberá estar puesto en la persona, en su singularidad más allá del tipo de adicción que padezca” (...) y explícita que “en el campo de las adicciones, se tiende a superar la lógica ético-jurídica y médico-sanitaria, propugnando la adopción de los principios éticos sociales de inclusión comunitaria” (Plan Nacional de Salud Mental, 2013, p.15); sugiriendo adoptar criterios y prácticas inscriptos en la reducción de daños.

Asimismo, se sostiene que debido a las dificultades existentes en el proceso de atención, las adicciones serán uno de los ejes privilegiados del Plan.

A raíz de este nuevo paradigma y por solicitud de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones es sancionado en abril del año 2014 el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos, Ley N° 26.934, más bien conocida como el Plan IACOP.

Este establece en su artículo N° 2 una amplia definición de 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. (ibídem)

El Plan plantea que:

Los consumos problemáticos deben ser abordados como parte integrante de las políticas de salud mental, por lo que los sujetos que los padecen tienen, en relación con los servicios de salud, todos los derechos y garantías establecidos en la Ley 26.657 de Salud Mental. (Plan IACOP, Art. N° 9)

Y tiene como objetivos: “prevenir los consumos problemáticos desde un abordaje intersectorial mediante la actuación directa del Estado; asegurar la asistencia sanitaria integral gratuita a los sujetos afectados por algún consumo problemático; integrar y amparar socialmente a los sujetos de algún Consumo Problemático” (Plan IACOP, Art. N° 3).

El Plan establece, además, como eje fundamental a la prevención, procurando la creación de Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos, los cuales serán distribuidos en el territorio nacional, tomando como puntos prioritarios los de mayor vulnerabilidad social.

En su implementación concreta, estos centros adquirieron el nombre de CEPLA (Centros Preventivos Locales de Adicciones) y CET (Casas Educativas Terapéuticas), siendo creados a instancias de la SEDRONAR. (Llovet y Scialla, 2017, pp.89)

El objetivo de dichos centros es promover, en la población cubierta, instancias de desarrollo personal y comunitario. Y para ello se dispondrá del personal suficiente para que estos estén disponibles a la comunidad en un horario amplio, procurando tener el espacio abierto en horarios nocturnos.

En cuanto a la asistencia, expresa que la misma deberá ser brindada de forma gratuita, respetando la autonomía individual y la singularidad de las personas que padecen algún Consumo Problemático y demandan un tratamiento. Esto debe realizarse priorizando sus derechos evitando la estigmatización.

Además, propone priorizar los tratamientos ambulatorios, considerando a las internaciones como un último recurso, el cual sólo podrá ser utilizado en situaciones en las cuales aporte mayores beneficios terapéuticos o peligre la integridad de la persona con problemas de consumo o de terceros.

Asimismo, explicita que la atención debe llevarse a cabo en hospitales generales polivalentes, en relación con lo propuesto en la Ley de Salud Mental.

Como modelo de atención, el Plan IACOP propone incorporar el Modelo de Reducción de Daños, y hace total hincapié en la incorporación de una mirada transdisciplinaria e interjurisdiccional, e insta a la vinculación de los efectores sanitarios con las instancias de prevención, desarrollo e integración educativa y laboral.

2.5 DECONSTRUCCIÓN EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

Aquí, resulta propicio poner de relieve la noción de Consumos Problemáticos. Esta, forma parte del paradigma de salud integral que propone la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental.

La noción de Consumos Problemáticos es una invitación a sacar el foco del problema en la sustancia para así trasladarlo al vínculo que las personas establecen con determinado objeto, sea una sustancia psicoactiva o no, y ampliar la mirada e iluminar otras aristas.

El Instituto de Investigación de Jóvenes, Violencia y Adicciones, en el informe 2015 plantea que a través de dicha noción se intenta remover el estigma del término adicto/a, que tradicionalmente se vinculaba a las personas que consumían y que había que sacar de la comunidad para que hicieran un tratamiento por ser considerados/as enfermos/as o delincuentes. (Informe, 2015 pp.14), y destaca que desde esta perspectiva se apunta a alejarse de “una mirada estigmatizante hacia los sujetos que consumen sustancias para hacer eje en la restitución de derechos y la reconstrucción del lazo social a través de la salud comunitaria como una propuesta superadora” (Informe 2015, p. 114).

Ahora bien, hablar de Consumos Problemáticos como noción que se enmarca en la legislación nacional sobre Salud Mental nos invita a poner de relieve el significado que tuvo la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, siendo que “asociada con otros hitos, marca un nuevo escenario para pensar la Salud Mental en general y los Consumos Problemáticos en particular” (Benedetti, 2015, p.36).

En este sentido, Florencia Serra plantea que:

La Ley constituyó un punto de inflexión en el campo de la Salud Mental en nuestro país, en la medida que sitúa un nuevo régimen de enunciados y de visibilidades tendientes a desplazar la judicialización, la medicalización y el encierro de la locura a partir de una reformulación del concepto de Salud Mental. (Serra, 2019, p.179)

Esto, “ciertamente para los trabajadores de Salud Mental también ha significado un avance sustancial, en términos de intentar descentrar al sistema de salud del modelo médico hegemónico, posicionando a las distintas profesiones con otras posibilidades para disputar hegemonía” (Suardiaz, 2014, p.315).

No obstante, este avance significativo para el campo de la Salud Mental, no se dio sin resistencia.

Martínez, señala que el artículo N° 4 (mencionado párrafos anteriores) fue una de las disposiciones que desató mucha polémica.

Dicha polémica gira en torno al interrogante de sí la cuestión de las adicciones requiere su tratamiento de abordaje e instituciones específicas o sí, por el contrario, no presenta diferencias sustanciales con respecto a la problemática de Salud Mental, debiéndose en todo caso elaborar una estrategia de intervención desde la singularidad de cada situación, lo cual

no requiere de la creación de instituciones, servicios o dispositivos especializados. (Martínez, 2015, p. 242)

Clara Suardiaz, plantea que esto surge fundamentalmente anclado a una lógica manicomial que es funcional a nuestra sociedad y que ha cumplido un papel fundamental en los procesos de control social. (Suardiaz, 2014, pp.315)

Y esto deviene a que en cuanto al modelo de atención de Salud Mental, existe una historia hospital/céntrico representada por la existencia de grandes instituciones monovalentes.

La autora añade que:

La apuesta en agenda de las problemáticas del sistema de Salud Mental, el enfoque desde una perspectiva de los Derechos Humanos y los procesos de denuncia frente al trato de los usuarios constituyen logros esperados por los actores del campo -al menos de los usuarios, familiares y trabajadores-. (Suardiaz, 2014, p.315)

Así, las reformas en Salud Mental (y la desmanicomialización) significaron denunciar lo inhumano de la atención centrada en instituciones totales, cerradas y sostenidas en prácticas de segregación y exclusión, sin olvidar las internaciones dañinas de mediano y largo plazo.

No obstante, es necesario señalar que la sanción de la Ley de Salud Mental no funcionó (ni funciona) como un efecto inmediato sobre la realidad, sino que se presentó (y se presenta) como un marco de interpretación. En palabras de Suardiaz, la sanción de la Ley se constituye en un piso de trabajo, donde la Salud Mental ya no es más un problema de bienestar físico, psíquico, social, sino que es un derecho para todos/as. Y “en tanto Derecho Humano la Ley de Salud Mental y Adicciones no es un objetivo en sí misma. Hay que entenderla como un instrumento útil y potente” (Suardiaz, 2014, p.318).

2.6 SALUD MENTAL: CAMPO INACABADO

La Provincia de Santa Fe emprende un proceso de reforma a fines de los años 80 y principio de los 90 siguiendo la lógica de desmanicomialización, siendo pionera en este nuevo paradigma para la época en el país, poniendo el eje en la implementación de dispositivos sustitutos de la lógica manicomial.

Así, en el año 1991 se promulgó la Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772 y su Decreto reglamentario en el año 2007. Dicha aprobación ha marcado un hito al enunciar

redefiniciones y propuestas de cambios en el campo de la Salud Mental, promoviendo estrategias comunitarias para la atención en el mismo.

Acto seguido, en el año 2010 se sanciona la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su decreto reglamentario 3 años más tarde (2013). La sanción de esta Ley ha constituido un avance jurídico e histórico que ofrece un aval a las prácticas y dispositivos alternativos al modelo hospital/céntrico.

Sin embargo, no se ha logrado aún la implementación de una política realmente sustitutiva de dicho modelo manicomial. Más bien, “se observa en la actualidad, un aislamiento y fragmentación de las experiencias y prácticas vinculado a la ausencia de un Plan Provincial de Salud Mental que trace las acciones a seguir y traduzca en materia de tiempos, las transformaciones pendientes” (Propuesta Plan Provincial de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe, 2022, p. 3).

Debido a esto, la provincia de Santa Fe presenta una propuesta para los años 2022 a 2026 en torno a la construcción de un Plan Provincial de Salud Mental teniendo como visión y propósito la efectiva transformación del modelo de atención y cuidados en Salud Mental y Adicciones, hacia la salud integral y comunitaria con perspectiva de Derechos Humanos.

Dicha propuesta resalta que la Ley de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, explícita el derecho al cuidado en Salud Mental y el pleno goce de los Derechos Humanos de las personas con padecimiento mental, y para ello se enuncia en el art. N° 31 la necesaria creación de un Plan Nacional de Salud Mental.

En este sentido, la provincia de Santa Fe apunta a hacer efectivo el cumplimiento tanto de la Ley Nacional como de la Ley Provincial con dicha propuesta.

2.7 PLAN PROVINCIAL DE SALUD MENTAL: UNA PROPUESTA PROMETEDORA

La visión y propósito del Plan Provincial de Salud Mental gira en torno a “la transformación del modelo de atención y cuidados en Salud Mental y Adicciones, hacia la Salud Integral y Comunitaria” (...) Teniendo como principios transversales al “enfoque de derechos; perspectiva de género y diversidades; interculturalidad; perspectiva de infancias y juventudes; interdisciplina e intersectorialidad; territorialidad” (Propuesta Plan Provincial de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe, 2022, p. 6).

Este tendrá como ejes principales:

- El fortalecimiento de la red de Salud Mental y procesos de cuidado en el primer nivel de atención; donde se propone fortalecer dicha red mejorando el acceso a los cuidados en la Salud Mental, procurando identificar las necesidades que atraviesan a la comunidad y a los equipos asistenciales brindando una adecuada atención con gestiones intersectoriales e interministeriales propicias para la continuidad de los cuidado con perspectiva comunitaria. (Propuesta Plan Provincial de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe, 2022, pp. 10)

- El abordaje integral de la Salud Mental en hospitales generales, SAMCOs y Sistema de Emergencias y Traslados; donde se propone adecuar los hospitales generales y los SAMCOs fortaleciendo cuidados integrales en prácticas ambulatorias y en el abordaje de crisis por motivo de Salud Mental y Adicciones en perspectivas de cuidados progresivos. Asimismo, teniendo el Servicio de Emergencia y Traslados un papel preponderante en el primer abordaje de las crisis y en la estrategia ampliada de intervención, se propone potenciar su función de enlace de la red de atención en pos a la accesibilidad y continuidad del proceso de cuidados. (Propuesta Plan Provincial de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe, 2022, pp. 10)
- La transformación y sustitución de hospitales monovalentes; aquí se propone la construcción e implementación de proyectos de transformación de las instituciones monovalentes. Se propone el logro de condiciones de vida digna, la construcción de estrategias de internación que articulen los apoyos para la vida autónoma, procurando la continuidad de cuidados y sostenimiento de la atención ambulatoria en pos de evitar reingresos. (Propuesta Plan Provincial de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe, 2022, pp. 11)
- El fortalecimiento y articulación de la red sustitutiva de Salud Mental; se apunta a desarrollar e implementar acciones, proyectos y programas de atención en Salud Mental con enfoque territorial y perspectiva de derechos. Para ello se considera fundamental la creación de servicios intermedios, vistos como una nueva institucionalidad; los Centros Territoriales de Salud Mental Comunitaria. Esto posibilitará el tramado de la red sustitutiva y salir del dilema bidimensional Hospital (2° nivel) Centro de Salud (1° nivel). También se destaca que para orientar las prácticas y disponer de los recursos resulta tajante pasar de las experiencias a las políticas. (Propuesta Plan Provincial de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe, 2022, pp.12)
- La transformación de las prácticas y lógicas manicomiales; aquí se apunta a un modelo comunitario en Salud Mental a través de procesos de capacitación y formación permanente a personas que trabajan en el campo de la Salud Mental, actores del Estado y la sociedad civil en perspectiva interdisciplinaria, intersectorial, comunitaria y de Derechos Humanos. (Propuesta Plan Provincial de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe, 2022, pp.12)
- La producción de epidemiología e investigación en Salud Mental; este eje visibiliza la necesidad de contar con información cuantitativa y cualitativa respecto de los indicadores estratégicos para planificar y monitorear las políticas públicas y los procesos de transformación en Salud Mental” (...) Para este fin propone desarrollar e implementar un sistema de información epidemiológica que permita la detección de necesidades en la población, la lectura de las

prácticas, la oportuna toma de decisiones y producción de conocimientos e investigación solventes para diseñar e implementar políticas públicas en Salud Mental comunitaria. (Propuesta Plan Provincial de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe, 2022, pp.13)

CAPÍTULO III

CAMPO DE SALUD

Para el desarrollo de este capítulo, se ha decidido realizar una aproximación al estudio del sector Salud en clave de Campo. Para ello retomamos lo planteado por los autores Bourdieu y Wacquant:

Un campo puede ser definido como una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación presente y potencial (situs) en la estructura de distribución de especies del poder (o capital) cuya posesión ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como por su relación objetiva con otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etcétera). (Bourdieu y Wacquant, 2005, p. 150)

La definición que nos brindan los autores nos permite comprender mejor los procesos sociales, las luchas y las relaciones de fuerza que se dan, así como también la puja de los distintos actores por conseguir logros que se aproximen a sus intereses.

3.1 SISTEMA DE SALUD

Actualmente, en el campo de salud de la Provincia de Santa Fe rige el Sistema Provincial de Salud.

Según el Decreto N° 522 del año 2013 “Un Sistema de Salud compromete todas las organizaciones, instituciones y recursos que producen acciones cuyo propósito es realizar acciones de salud y garantizar el Derecho a la Salud.”

En el párrafo N° 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se afirma que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.”

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que el Sistema de Salud incluye distintos componentes interrelacionados; de medio ambiente, de actividades educativas, aspectos de la vivienda, condiciones laborales y otros aspectos relacionados.

En la provincia, al igual que en el resto del país, dentro del Sistema de Salud se distinguen tres sectores: 1. Sector público; 2. Sector privado; 3. De Obras sociales. (Decreto N° 522, 2013, pp. 5)

Cada sector posee una autonomía relativa respecto de los otros. Estas diferencias residen en la estructura de la red de servicios que administra, en las fuentes de financiamiento en el modelo de atención y en el modelo político de gestión. (Decreto N° 522, p. 5)

1. El sector público de salud está integrado por una red de servicios y establecimientos constituida por: centros de salud, hospitales y organizaciones de apoyo como pueden ser las redes de emergencias, laboratorios centrales, de planificación, de ejecución de políticas de salud y de regulación. En lo relativo al financiamiento, la principal fuente proviene del presupuesto estatal, obteniendo recursos de los impuestos que los santafesinos abonan al Estado Provincial. (Decreto N° 522, 2013, pp.6)

2. Del sector privado de salud forman parte instituciones privadas, asociaciones civiles con o sin fines de lucro, empresas de medicina prepaga y personas físicas o jurídicas. “Su financiamiento proviene del pago directo de las personas y la venta de servicio al sector de obras sociales” (Decreto N° 522, 2013, p. 6).

3. Del sector de obras sociales, más conocido como de la seguridad social, son parte: las entidades o instituciones sindicales y de la seguridad social, en lo pertinente a la prestación de servicios de salud. Este se financia con el aporte obligatorio de trabajadores/as y empleadores/as. (Decreto N° 522, 2013, pp. 6)

3.2 LA SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

A partir de lo que nos convoca en el presente capítulo, echaremos luces en el Sector Público procurando un acercamiento a la institución en la que realizaremos nuestro análisis en relación a la problemática de los consumos.

Según el Decreto N° 522 “El Sistema Público Provincial de Salud es administrado por el Ministerio de Salud de la Provincia” (Decreto N° 522, 2013, p.5).

El ministerio de Salud propone un modelo político de gestión democrático, con la participación de los/las trabajadores/as y los/as ciudadanos/as.

Asimismo, propone un modelo de atención, en tanto estrategia para atender los problemas de salud-enfermedad de la población, que se orienta siguiendo los principios y valores de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). (Decreto N° 522, 2013, pp.6)

La Atención Primaria de la Salud es una estrategia definida en la Conferencia Internacional de Alma Ata en el año 1978, donde se estableció un avance para superar los modelos biomédicos, centrados en la enfermedad privilegiando servicios curativos, caros, basados en establecimientos de segundo y tercer nivel, por modelos basados en la promoción de salud y preventivos de la enfermedad a costos razonables para la población. (Vignolo, Vacarezza, Álvarez, Sosa, 2011, pp. 13)

La APS es definida como:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. (Declaración de Alma Alta, 1978, p.1)

Según el Decreto N° 522 los principales valores que caracteriza la estrategia de APS son:

1. Universalidad: Toda persona tiene derecho a la salud más allá de los medios económicos con los que cuenta.
2. Equidad: En tanto respuesta justa y acorde a la necesidad de cada persona, no como sinónimo de igualdad sino de justicia.
3. Integralidad: Resolución de los problemas de salud, considerando tanto la atención, la prevención o la rehabilitación, asegurando amplitud y continuidad en el tipo de cuidado, y contemplando las dimensiones físicas, psíquicas y sociales de bienestar.
4. Accesibilidad: Posibilidad de llegar a utilizar los servicios de manera sencilla y oportuna.
5. Gratuidad: Es la inexistencia de pago directo por el uso de los servicios.
6. Calidad: Garantía de que la oferta de servicios sea la más adecuada para el problema de salud-enfermedad que se presenta.

Vale resaltar que “la APS no es atención de segunda clase destinada a comunidades vulnerables socioeconómicamente, sino que es una estrategia dirigida a todos los sectores sociales sin distinción” (Vignolo, Vacarezza, Álvarez, Sosa, 2011, p. 13).

Según la Declaración de Alma Ata, la APS “representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas” (Declaración de Alma Ata, 1978, p.1).

No obstante, no es privativa del primer nivel de atención, ni de un número determinado de enfermedades, sino que pone la centralidad en el/la ciudadano/a y la población a fin de garantizar el derecho a la salud. En tal sentido, la estrategia vertebra a toda la red de servicios y establecimientos de salud. (Decreto N° 522, 2013, pp.7)

3.3 NIVELES DE ATENCIÓN

Se define niveles de atención como “una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población” (Vignolo, Vacarezza, Álvarez, Sosa, 2011, p. 12).

Clásicamente se distinguen tres niveles de atención:

Primer Nivel: Es el más cercano a la población, es decir, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básica, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Se reconoce como la puerta de entrada al sistema de salud, y se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz. (Vignolo, Vacarezza, Álvarez, Sosa, 2011, pp. 12)

Segundo Nivel: Está conformado por los efectores de baja y mediana atención asistencial y diagnóstica. Aquí se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia y cirugía general. (Ibídem)

Tercer Nivel: Está constituido por efectores de alta complejidad médica y tecnológica, estratégicamente localizados a nivel regional con responsabilidad territorial. “Se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología” (Vignolo, Vacarezza, Álvarez, Sosa, 2011, p. 12).

3.4 CENTRO DE SALUD CASIANO CASAS: PRIMER CONTACTO

A raíz de lo descrito en los párrafos precedentes, ubicamos al Centro de Salud Casiano Casas de la ciudad de Rosario como uno de los efectores de salud perteneciente al Primer Nivel de atención. El mismo es dependiente de la Dirección de Centros de Salud de la Secretaría de Salud Pública y la red de Salud de la Municipalidad de Rosario. Localizado en Avenida Casiano Casas 970 se reconoce por ser el más grande de los siete centros municipales pertenecientes al Distrito Norte.

Dicho efector está compuesto por equipos de trabajo constituidos por profesionales, tales como: Médicos/as Generalistas, Médicos/as Clínicos/as, Trabajadora Social, Psicólogas, Médica Psiquiatra, Enfermeros/as, Odontólogo/a, Ginecóloga/o, Pediatras, Farmacéuticos/as; así como también por el personal de administración, limpieza y seguridad.

En base a un trabajo de investigación realizado en el año 2021 en el marco de la materia Planificación Social II, podemos señalar que el barrio donde se encuentra inmerso el Centro de Salud, se llama Casiano Casas y se caracteriza por estar compuesto, en su gran mayoría, por casas de una planta, pequeñas empresas y una gran avenida de perfil comercial. Este cuenta con el funcionamiento de tres escuelas de nivel primario, dos de nivel secundario, y una institución de educación especial. También hay varias vecinales, bibliotecas populares y clubes a disposición de la población.

La población se compone por una marcada franja de trabajadores/as en su mayoría informales y un gran número de desocupados/as.

Los usuarios/as³ del Centro de Salud, son los que viven dentro de los límites pautados como territorio de referencia de la institución; no obstante, esto no significa rechazar la atención de otros/as, sino que lo primordial es que estos/as puedan tener todos los servicios cerca de sus domicilios.

3.5 ATENCIÓN DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

Según los datos obtenidos de las entrevistas realizadas a la Trabajadora Social, a la Médica Psiquiatra, a una de las Psicólogas, una de las Médicas Clínicas, a una de las Enfermeras y uno de los Enfermeros del Centro de Salud Casiano Casas, en dicho efector se atiende una multiplicidad de situaciones, entre las cuales se encuentran los Consumos Problemáticos.

La Trabajadora Social, la Médica Psiquiatra, la Médica Clínica y la Psicóloga, coinciden en sus relatos que dichas situaciones son abordadas dentro del marco de la

³ En este trabajo utilizaremos el término "usuario/a" para referirnos a las personas atravesadas por los Consumos Problemáticos, entendiendo que el término "paciente" (que habitualmente se usa en los efectores de salud) hace referencia a la persona que tiene un problema de salud y necesita un servicio médico para resolverlo y es a través de la atención de profesionales que la misma va a satisfacer la necesidad de tratar o curar una enfermedad. Mientras que el término usuario/a se refiere a la persona que tiene derecho a usar un servicio de salud y lo hace regularmente, ya sea porque tiene un problema de larga duración o porque quiere aprovechar sus beneficios. (Zendesk, 2023, p.6). No obstante, respetaremos citas textuales y las formas de mencionar de los/as profesionales entrevistados/as.

Ley de Salud Mental N° 26.657, que plantea en su Artículo N° 4 que las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la misma en su relación con los servicios de salud.

Cabe destacar que uno de los principales derechos que establece la Ley es el “derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objetivo de asegurar la recuperación y preservación de su salud” (Ley N° 26.657, Art. 7, Inc. a).

Asimismo, decreta que ante una situación de Consumo Problemático, “el eje deberá estar puesto en la persona en su singularidad, más allá del tipo de adicción que padezca” (Decreto N° 603, Art. 4).

3.6 CERRAR PARA ABRIR

A raíz de todo lo construido a lo largo de los capítulos precedentes, se pone de relieve un interrogante, que surge en torno a pensar lo que significó la sanción de la Ley de Salud Mental en el campo de la salud, y que resulta propicio reflexionar en los capítulos siguientes. Dicho interrogante es:

¿Cuál es la distancia entre el estado de cosas que el documento de la ley establece y aquello que efectivamente transcurre en el campo de las intervenciones profesionales?

CAPÍTULO IV

ABORDAJE DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS DESDE EL CENTRO DE SALUD CASIANO CASAS

4.1 LA INTEGRALIDAD COMO PUNTO DE PARTIDA

Según la Ley de Salud Mental en su Art. N° 4 “las adicciones deber ser abordadas como parte integrante de las políticas de Salud Mental”

Se entiende a la Salud Mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los Derechos Humanos y sociales de toda persona” (Ley N° 26.657, Art. N° 3).

Susana Ryan, plantea que en las problemáticas de consumos “intervienen factores de orden individual y social, que no pueden ser considerados en forma aislada, sino que requieren una mirada integral” (Ryan, 2009, p.7).

En este sentido, las profesionales entrevistadas coinciden en sus discursos que el Centro de Salud Casiano Casas tiene una “mirada integradora”, a través de la cual los Consumos Problemáticos no se consideran como una dificultad propia del/la usuario/a, más todo lo contrario; se consideran a partir de la lectura de la trayectoria de vida del/a mismo/a, del contexto en el cual está inmerso/a, así como también las relaciones familiares y sociales.

Lo planteado por las profesionales condice con lo que señala el Abordaje Integral de los Consumos Problemático de la Sedronar, cuando expresa que es necesario entender al Consumo Problemático como un fenómeno multicausal y complejo, no provocado por una dificultad propia de la persona ni una característica esencial de la sustancia, más bien se constituye como un asunto que obliga a complejizar la mirada acerca de la salud y abordarlo desde una mirada integral, colectiva y en términos relacionales. (Sedronar, 2019, pp.12)

Aquí, resulta pertinente poner de relieve lo dicho por una de las profesionales para seguir iluminando el Abordaje de los Consumos Problemáticos por parte del Centro de Salud Casiano Casas.

“El abordaje del paciente con Consumos Problemáticos no es una cuestión ni estrictamente de salud ni estrictamente de Salud Mental, sino que necesita de lo interdisciplinario” (Médica Psiquiatra).

4.2 LA INTERDISCIPLINA COMO PARTE INHERENTE DEL ABORDAJE

La modalidad de abordaje del Centro de Salud Casiano Casas se enmarca en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, esto es desde un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos/as y otros/as trabajadores/as. “Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes” (Ley N° 26.657, Art. N° 8).

La interdisciplina se torna imprescindible debido a que “el Consumo Problemático pertenece a un campo inespecífico de las Ciencias Sociales, y no es patrimonio de ninguna disciplina en particular” (Mella, 2018, p. 1).

Esta, según Alicia Stolkiner;

Nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos. (Stolkiner, 1987, p. 314)

Susana Ryan plantea que el Consumo Problemático “es un tema que presenta múltiples aristas, y en tanto tal requiere ser abordado en forma interdisciplinaria, desde los distintos campos del saber involucrados, evitando caer en explicaciones simplistas o deterministas” (Ryan, 2009, p.7).

Según lo indagado, los equipos interdisciplinarios del Centro de Salud Casiano Casas, que abordan las situaciones de Consumos Problemáticos se conforman por Médicos/as, psicólogas, Psiquiatra, Trabajadora Social y en algunas situaciones por enfermeros/as.

Resulta relevante resaltar que no hay un único equipo interdisciplinario para todas las situaciones de Consumos Problemáticos que se presentan en el Centro de Salud, sino que estos se arman convocando a los/as profesionales que más vinculo tienen con ese/a usuario/a.

“Es imposible trabajar el consumo en el uno a uno, generalmente formamos un equipo que inclusive no es un médico solo, a lo mejor son dos o tres (...) vamos viendo también con quien se vincula esa persona. Nunca se puede forzar el ‘hoy te toca con este equipo’ ” (Médica Clínica).

Según el Decreto Reglamentario N° 603 de la Ley de Salud Mental en el Art. N° 8 “los integrantes de los equipos interdisciplinarios asumen las responsabilidades que derivan de sus propias incumbencias profesionales en el marco del trabajo conjunto.”

En este sentido, la interdisciplina, se presenta como “una fortaleza a tener en cuenta, en cuanto al mayor alcance de intervención, a partir del aporte de las diferentes miradas, que permitan profundizar el análisis tan complejo que reviste esta problemática social” (Rodríguez, 2007, p.6).

4.3 LAS DIFERENTES MIRADAS DISCIPLINARES

“Las miradas actúan como marcos conceptuales muy amplios y previos a las prácticas y propuestas” (Sedronar, 2019, p.28).

Aquí, a raíz del análisis de las entrevistas es que podemos dar cuenta que existen diferentes miradas desde las que se piensan las situaciones de Consumos Problemáticos y cómo deberían abordarse.

Para la Psicóloga el abordaje de una situación de Consumos Problemáticos comienza conformando un equipo interdisciplinario, el cual dependerá de la vinculación del/la usuario/a con los/las profesionales.

Esto, en consonancia al Art. N° 8 del capítulo 5 del Decreto Reglamentario de la Ley de Salud Mental, que plantea que la conformación de los equipos será de acuerdo a las necesidades y particularidades que se presenten.

Dicho equipo interdisciplinario le brindará al/la usuario/a un espacio de escucha a través del cual se podrá definir cómo abordar dicha situación.

“No apuntando a una penalización, ni a una pretensión de que no haya un consumo allí. Sí, que sea un abordaje que apunte a un consumo que le permita al usuario sostener sus actividades que cuando este consumo se convierte en problemático todo eso se ve interrumpido” (Psicóloga).

Para la Médica Clínica las situaciones de consumo son un tema complejo que no pueden abordarse siempre de la misma manera.

Destaca que el consumo cuando no se reconoce como problema se manifiesta como una manera de canalizar el placer o la angustia.

La Secretaria de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar) plantea que:

Numerosas sustancias están presentes en nuestra vida cotidiana y forman parte de la manera en que las personas nos relacionamos, tramitamos la angustia, los padecimientos. En algunos casos marcan las ideas que tenemos sobre el encuentro, la diversión, el compartir, disfrutar, aliviar un sufrimiento, hacer tolerable una situación. (Sedronar, 2022, p.14)

En relación, la Médica Clínica señala la necesidad de problematizar las situaciones de consumos cuando se presentan en la consulta.

Problematizar el consumo da lugar a “construir preguntas con el sujeto que consume respecto de qué papel, a qué le está encontrando respuesta, qué está evadiendo, con ese consumo” (Sedronar, 2019, p. 22).

Asimismo, plantea que, en cuanto al abordaje siempre se busca la reducción de daños.

“Al menos hablo por mí, y creo que es lo que pensamos todos; que uno siempre busca la reducción de daños no el consumo cero (...) no es una cosa de sanción lo que uno busca, sino que encuentre otras cosas que hagan que no requiera el consumo ” (Médica Clínica).

Por su parte, la Médica Psiquiatra señala que cada usuario/a es una situación de consumo específica y/o particular, lo cual lleva al equipo interdisciplinario a realizar un abordaje general.

“Donde el generalista hace todo un examen físico, y el psiquiatra empieza con el esquema de medicación, y el psicólogo acompaña desde la psicoterapia y el trabajador social está para cuestiones puntuales que tienen que ver más con la familia, con la casa, con cuestiones legales, etc” (Médica Psiquiatra).

Y destaca que lo que se busca mediante el abordaje es acompañar al/la usuario/a a reducir el consumo.

“Es esto de acompañar al paciente y que no se ponga en riesgo, que no ponga en riesgo a terceros, que no haya daños de órgano blanco, que más o menos pueda alcanzar cierta autonomía, cierta autovalía, cierto funcionamiento que le permita tener cierta calidad de vida” (Médica Psiquiatra).

En este sentido, la Trabajadora Social plantea que ante las situaciones de Consumos Problemáticos se lee mucho el contexto y destaca que para el abordaje se utilizan diferentes estrategias, procurando a través de las mismas identificar cual es el mayor problema para la persona y en base a eso elaborar un plan de acción para (si el/la usuario/a quiere) comenzar con un tratamiento.

Asimismo, el área de enfermería piensa a los Consumos Problemáticos desde la lectura que realizan del contexto, y destacan con respecto al abordaje que la perspectiva o la idea de ayudar al/la usuario/a está, pero señalan lo siguiente:

“Una vez que vos le hiciste la primera atención, que hiciste la escucha en ese momento de crisis, después el paciente vuelve” (Enfermera).

Plantean que ellos/as por más atención que le brinden al/la usuario/a, este/a vuelve a su realidad en las mismas o peores condiciones.

4.4 ENTRE EL SERVICIO Y EL EQUIPO

Aquí, retomando lo expresado por la Enfermera y el Enfermero, nos gustaría poner de relieve que si bien la Ley de Salud Mental N° 26.657 en su Art. N° 8 plantea que en los equipos interdisciplinarios se incluye el área de enfermería, ésta, en el Centro de Salud Casino Casas, no siempre forma parte de los mismos.

Los/las profesionales de dicha área manifiestan que su función empieza y termina con lo inherente a la profesión

“Me parece que nosotros no estamos preparados para este nuevo panorama. A nosotros supuestamente nos preparan para lo físico o lo fisiológico del paciente, cuando el paciente está internado” (Enfermera).

La enfermera entrevistada destaca que no reciben capacitación sobre dicha problemática y que aprenden “sobre la práctica, de acuerdo a la sintomatología.”

Es llamativo que pese al lugar que la Ley de Salud Mental le da al área de enfermería, el/la profesional entrevistado/a se ubican en un lugar de inferioridad. Esto se puede leer en lo dicho por la Enfermera cuando expresa la falta de capacitación:

“No se nos capacita, pero bueno eso tiene que ver más con nuestra profesión y que nuestros propios compañeros, nuestros colegas, ‘los que nos representan’, hagan que nos capaciten constantemente”

Y agrega:

“Necesitaría que se me capacite en adicciones, en Salud Mental, y esto es algo que siempre está en el tintero, pero cuando vos lo planteas ‘para arriba’ te dicen que lo están pidiendo, lo están viendo”

Según las otras disciplinas entrevistadas, los/as enfermeros/as son convocados/as cuando tienen algún tipo de vínculo de confianza con el/la usuario/a y se considera puede aportar al tratamiento.

No obstante, otro profesional de enfermería afirma que él nunca participó y que esto se debe a tener que atender las tareas correspondientes a su área.

“Yo particularmente nunca participé, porque hay tantas cosas de enfermería para hacer”

Esto viene aparejado a su opinión con respecto de la Ley de Salud Mental:

“Con la nueva ley de salud mental como que ‘se desvirtuó’ todo por eso de las divisiones para tratar la Salud Mental y a veces no estamos preparados, ósea la estructura no está preparada para la atención de ese tipo de pacientes”

Dicha área destaca que su intervención se resume en controlar, estabilizar, y hacerle una breve entrevista al/la usuario/a para saber qué consumió y cuál es su médico/a de cabecera, y destacan:

“En base a lo que el médico dice hacemos, si se decide recuperar acá se recupera y después se sigue con los equipos o se deriva”

Lo descrito nos invita a pensar que el área de enfermería se ubica más en el “servicio” que en el “equipo” (interdisciplinario), entendiendo que el servicio da cuenta de una especificidad de una disciplina y no del trabajo con otras disciplinas (...) mientras que la concepción de equipo se sustenta en que no se trata de sumar saberes, sino en problematizar las perspectivas profesionales aún con la tensión que eso produce en un esfuerzo de articular miradas disciplinares diferentes. (Bonino, 2020, pp. 151)

4.5 ACUERDOS E INTERACCIÓN MUTUA: LA INTERSECTORIALIDAD

La Ley de Salud Mental destaca que el proceso de atención debe realizarse en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial. (Ley N° 26.657, Art. N° 9)

La intersectorialidad, según Cunill-Grau, se refiere a la relación entre diversos sectores gubernamentales, tales como educación, salud, agricultura, etc. (Cunill-Grau, 2014, pp.7)

La autora señala que en el abordaje intersectorial la mirada se coloca en la solución de un problema que se busca enfrentar, advirtiendo que si el problema es multicausal (como lo son los Consumos Problemáticos), la integración sectorial puede mejorar su abordaje integral. (Ibídem)

Lo descrito, implica que diversos sectores “se pongan de acuerdo para actuar conjuntamente a fin de lograr un cambio social respecto de la situación inicial” (Cunill-Grau, 2014, p. 7).

Las profesionales entrevistadas expresan que para abordar las situaciones de Consumos Problemáticos, desde el Centro de Salud se trabaja en conjunto con las instituciones del barrio pertenecientes a diferentes sectores. Entre las mencionadas se encuentran: las escuelas, la biblioteca popular, los clubes, las vecinales y los comedores.

La Psicóloga destaca que es de suma importancia que el Centro de Salud pueda contar con estas instituciones para brindarle un espacio al/la usuario/a que beneficie su tratamiento.

“Si nosotros pensamos en algún espacio para ese paciente hablamos con la biblioteca y de la biblioteca si surge alguna situación nos comenta” (Psicóloga).

Asimismo, señala que dichas instituciones pueden referenciarse con el Centro de Salud, facilitando que si alguna situación surge en esos espacios, desde estas puedan acercarse y pensar en conjunto.

La intersectorialidad, desde esta perspectiva, implica que diversos sectores gubernamentales no sólo entreguen a un mismo público específico los servicios que son propios de cada uno, sino que de manera articulada atiendan necesidades sociales o prevengan problemas que tienen complejas, diversas y relacionadas causas en sus orígenes. (Cunill-Grau, 2014, p. 8)

La Ley de Salud Mental plantea que el abordaje intersectorial se orienta al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. (Ley N° 26.657, Art. N° 9)

La misma, destaca que para alcanzar lo establecido, el Ministerio de Salud debe proveer Políticas Públicas en materia asistencial que respeten los siguientes principios:

- a) Cercanía de la atención al lugar donde vive la persona.
- b) Garantía de continuidad de la atención en aquellos servicios adecuados y que sean de preferencia de la persona.
- c) Articulación permanente en el caso de intervención de distintos servicios sobre una misma persona o grupo familiar.
- d) Participación de personas usuarias, familiares y otros recursos existentes en la comunidad para la integración social afectiva.
- e) Reconocimiento de las distintas identidades étnicas, culturales, religiosas, de género, sexuales y otras identidades colectivas. (Ley N° 26.657, Decreto N° 603, Art. N° 9)

Y agrega, que las políticas de abordaje intersectorial deberán incluir la adaptación necesaria de programas que garanticen a los/as usuarios/as la accesibilidad al trabajo, a la educación, a la cultura, al arte, al deporte, a la vivienda, y a todo aquello que fuere necesario para el desarrollo y la inclusión social. (Ibídem)

La Ley N° 26.934 en su Art N° 16, plantea que la integración posee dos componentes: el educativo y el laboral, los cuales se implementan de acuerdo a la edad y la formación del usuario/a. En este sentido, el componente educativo tiene como objeto la inclusión al sistema, y el componente laboral tiene como objeto la concreta inserción laboral, procurando hacer uso de las capacidades y las experiencias previas.

En este sentido, podemos destacar que la intersectorialidad se da a partir de la relación recíproca entre varios sectores. No obstante, “dicha reciprocidad no pretende ser un proceso de intercambio mutuo sino de mutua interacción” (Monasterio, 2020, p. 316).

4.6 CAPACITACIONES EN CONSUMOS PROBLEMATICOS

La Ley de Salud Mental establece en su Art. N° 13 que todos los/as trabajadores/as integrantes de los equipos interdisciplinarios tienen derecho a la capacitación permanente.

En coincidencia con la Ley, la Trabajadora Social, Médica Psiquiatra, Médica Clínica y Psicóloga plantean que reciben a lo largo de tiempo capacitaciones en relación a la problemática de consumos.

Dichas capacitaciones se dan en el marco de conversatorios donde especialistas, profesionales y referentes del campo de la salud comparten experiencias en relación a los Consumos Problemáticos con los/as trabajadores/as involucrados/as, procurando brindar herramientas propicias para el abordaje y la prevención.

Sumado a estos conversatorios, las profesionales señalan que tienen la posibilidad de capacitarse de manera particular en relación a la problemática y compartir la información con los equipos de trabajo del Centro de Salud. Esto, ante la necesidad de la profundización de la formación teórica y la actualización constante de los/as profesionales. (Gonzalez-Saibene, 2011, pp. 116)

Al respecto, vale mencionar nuevamente, que a pesar del lugar que la Ley de Salud Mental le da al área de enfermería, ésta manifiesta quedar por fuera de las capacitaciones y de la conformación de los equipos interdisciplinario. No obstante, expresa que sí participa de las reuniones de equipo que se llevan a cabo semanalmente, las cuales incluyen a todo el personal del Centro de Salud, presentándose como un espacio donde se abordan temas generales.

Y aquí, queremos poner de relieve, que según lo indagado, los equipos interdisciplinarios no disponen de un tiempo y un espacio (aparte de estas reuniones multidisciplinarias) para reunirse en pos de realizar evaluaciones y seguimientos de las situaciones de Consumos Problemáticos abordadas por los mismos.

Lo cual, resulta sumamente necesario e indispensable para repensar las prácticas, los abordajes, la complejidad de las situaciones, y delinear alternativas en conjunto. Asimismo, para recuperar las percepciones de cada uno/a y las diferentes lecturas disciplinarias para poder reconstruir las situaciones problemáticas que presentan los/as usuarios/as y las líneas necesarias y posibles de intervención. (Collado, Di Mare Duran, Esquivel, Mattioni, Silva, 2019, pp. 92)

CAPÍTULO V

LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DE LOS EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS EN EL INTERIOR DEL CENTRO DE SALUD CASIANO CASAS

Se entiende a las estrategias como el conjunto coherente de recursos utilizados por un equipo profesional, con el propósito de desplegar tareas en un determinado espacio social y socio-cultural con el propósito de producir determinados cambios. (Rodríguez, 2009, pp.2)

Según la Ley de Salud Mental N° 26.657 las estrategias para las Adicciones deben estar basadas en la reducción de daños. (Decreto Reglamentario N° 603, 2013, Art. N° 11)

Se entiende por reducción de daños a aquellas acciones que promuevan la reducción de riesgos para la salud individual y colectiva y que tengan por objeto mejorar la calidad de vida de los sujetos que padecen Consumos Problemáticos, disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles y prevenir todo otro daño asociado, incluyendo muertes por sobredosis y accidentes. (Ley N° 26.934, Art. N° 10, Inc. d)

En este sentido, dado que cada situación de consumo tiene su complejidad y que la realidad de un/a usuario/a no es la misma para otro/a, las estrategias de intervención en el interior del Centro de Salud, son pensadas por los equipos interdisciplinarios de manera particular y en pos de acompañar al/la usuario/a en su singularidad.

Según las profesionales entrevistadas, los equipos interdisciplinarios ponen de relieve en cada situación lo expresado por el/la usuario/a, identificando qué es lo que le pasa, cuál es el grado de consumo que lo/la atraviesa, qué es lo que quiere y puede hacer, y con quienes cuenta.

Para ello, el punto de partida es el encuentro con el/la usuario/a, el cual puede ser pactado con fecha y horario o puede ser llevado adelante en el mismo momento en que la persona llega al Centro de Salud manifestando su malestar.

En dicho encuentro, según la Trabajadora Social, se realiza una entrevista individual con la persona.

Aquí, la entrevista se presenta como una herramienta y también como una estrategia para poder conocer el trasfondo de la situación, abriendo las puertas a la vida singular. La misma se adapta en cada situación para llegar a un lugar más cercano, realizando preguntas posibilitadoras de la palabra y la escucha, yendo a lo específico, pero respetando aquello que el/la usuario/a quiere y a veces no quiere hablar.

“La entrevista es para determinar cuál es el problema, identificar cuál es el contexto en el que vive, con quienes, porque es fundamental saber con qué red familiar o red social cuenta” (Trabajadora Social).

Según el Abordaje Integral de los Consumos Problemáticos la entrevista desarrolla una modalidad de intervención que prioriza la escucha y el alojamiento de personas (usuarios/as o allegados/as) que se encuentran atravesados por problemáticas de consumo. (Sedronar, 2019, pp. 78)

Dicha escucha es entendida como aquella actividad que consiste en escuchar no solo lo que el/la usuario/a está diciendo de manera explícita, sino comprendiendo en su rostro, sus gestos, movimientos, expresiones corporales y sentimientos, qué es lo que manifiesta de manera implícita.

La escucha se presenta como transversal en tanto se concibe como una manera de llevar adelante la tarea, una manera de estar presentes para el/la otro/a. Es una manera de relacionarse y construir vínculos de confianza con los/las usuarios/as. (Sedronar, 2019, pp. 75)

En este sentido, escuchar no implicar dar respuestas o decirle al/la otro/a lo que debería hacer para solucionar su problema (Ibídem); sino que a partir de esta escucha, se piensa qué hacer en base a lo que el/la usuario/a quiere y necesita.

La escucha tiene que apuntar a generar el espacio y las condiciones para que quien se acerca pueda preguntarse acerca de su relación con las sustancias y las consecuencias negativas que ese vínculo pudiera generar en su proyecto de vida. (Sedronar, 2019, p. 75)

Los equipos interdisciplinarios, también, buscan intencionalmente dar lugar a otra estrategia que es el vínculo del/la usuario/a con los/as profesionales.

“No se podría pensar en que alguien quiera trabajar su problemática de consumo sin hacer vínculos, entonces nosotros intentamos de que produzca eso (...) tratamos que sea la mayor cantidad posible, no en cantidad de ‘todos’, sino que sea un equipo, porque siempre que piensas con otros piensas mejor” (Médica Clínica).

Es la escucha activa bien utilizada la que genera seguridad y confianza, facilitando las relaciones con las personas y asimismo permitiendo entender mejor a las mismas. (Calderón y Silva, 2018, pp.84)

En este sentido, creemos que las estrategias más utilizadas por los equipos interdisciplinarios son: la entrevista, la cual le da lugar al dialogo con el/la usuario/a; la

escucha activa que procura alojar lo dicho y lo no dicho por este/a; y la conformación de vínculos que favorezcan el acompañamiento.

No obstante, vale resaltar lo expresado por la Psicóloga entrevistada

“Se trata de un trabajo muy artesanal. Es dentro del marco de la Ley de Salud Mental, pero se va armando la estrategia de acompañamiento muy artesanalmente en función de los recursos que tenemos.”

Recursos (humanos, económicos, sociales, culturales, simbólicos) que consideramos posibilitan (o no) el abordaje de las situaciones de Consumos Problemáticos por parte del Centro de Salud Casiano Casas.

5.1 CIRCUITOS DE ATENCIÓN ANTE LAS SITUACIONES DE CONSUMO PROBLEMÁTICO

En el apartado precedente describimos los abordajes de las situaciones de Consumos Problemático a partir de las estrategias de intervención pensadas por los equipos interdisciplinarios en el interior del Centro de Salud Casiano Casas.

Aquí, procuramos dar cuenta de los abordajes que son pensados de forma interinstitucional.

Vale aclarar que dicho objetivo estuvo anclado a la prenoición de la existencia de un protocolo de acción ante las situaciones de Consumos Problemáticos, es decir, a la creencia de algo ya preestablecido en el campo de salud para el abordaje de dichas situaciones.

Es a partir de la investigación teórica que logramos la ruptura con este pensamiento quedando habilitadas a pensar los abordajes interinstitucionales en términos de circuitos de atención.

En este sentido, las profesionales entrevistadas relatan que no existe un circuito oficial que detalle lo que tengan que hacer cuando llega un/a usuario/a al Centro de Salud manifestando problemas de consumo. Sino, que en realidad, para el abordaje de dichas situaciones se realiza una lectura integral y se toman diferentes caminos con diversas alternativas en base a la situación que se les presenta, destacando que cada una tiene su complejidad que la hace subjetiva y particular ante las demás.

“No puede existir, o no me imagino un circuito que diga bueno, alcoholismo es derivado a tal institución. Me parece que es tan subjetivo y que depende tanto del contexto y del diagnóstico que hagamos entre todos que no sé si serviría ese circuito” (Trabajadora Social).

Aquí ponemos de relieve que “no existe un solo tratamiento y modalidad universal para todas aquellas personas que padezcan consumo problemático de sustancia psicoactivas” (Sedronar, 2019, p. 71).

Asimismo, cabe resaltar que se entiende al tratamiento como un proceso que consiste en una serie de intervenciones dirigidas a apoyar y promover la recuperación de la persona hacia una mejor calidad de vida. (Sedronar, 2019, pp.70)

Según las profesionales, ante una situación de Consumos Problemáticos, desde el Centro de Salud se realiza un diagnóstico interdisciplinario, a partir del cual se le ofrece al/la usuario/a el tratamiento que se considere más adecuado a su situación. Contemplándose “diferentes variables, entre ellas, su situación y patrón de consumo, midiendo grado de compulsión, situación familiar, situación socio-laboral, adherencia a otros tratamientos, red personal de contención” (Sedronar, 2019, p.71).

En este sentido, los equipos interdisciplinarios procuran acompañar, estabilizar y mantener un tratamiento ambulatorio⁴ con el/la usuario/a. Sin embargo, cuando este/a no logra sostenerlo por diferentes motivos, se busca otro camino, es decir otra alternativa

Ante dicha situación, luego de la evaluación y decisión del equipo interdisciplinario, se realiza la derivación del/la usuario/a a una institución terapéutica para que este/a (si quiere⁵) pueda comenzar un tratamiento de mayor plazo.⁶

Según la Ley de Salud Mental N° 26.657 en su Art. N° 30 “las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar.”

Para llevar a cabo lo descrito, los equipos interdisciplinarios del Centro de Salud Casiano Casas realizan el contacto con la Agencia de Prevención de Consumo de Drogas y Tratamiento de las Adicciones (Aprecod)⁷, la cual a partir de una serie de entrevistas con el/la usuario/a, gestiona una beca para financiar un tratamiento de mayor plazo en la institución terapéutica que considere propicia para dicha situación.

Si bien, Aprecod no cuenta con una institución propia para llevar adelante la atención de salud y/o Salud Mental que necesita la persona atravesada por una problemática de consumo (Lorenzo, 2019, pp. 48); tiene convenio con aproximadamente 70 instituciones y organizaciones que brindan tratamiento, contención, y acompañamiento.

Las profesionales entrevistadas destacan que las instituciones con las que habitualmente trabaja de manera interinstitucional el Centro de Salud, a partir del contacto con Aprecod, son: La estación, Asociación Civil Maranatha, Programa Andrés, Fundación Sedha, Padre Misericordioso, Fundación Crea, Asociación Civil La Posta.

⁴ Cuando hablamos de tratamiento ambulatorio nos referimos a aquel que no requiere una permanencia del/la usuario/a en la institución.

⁵ El/la usuario/a tiene derecho a “poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades” (Ley de Salud Mental N° 26.657, Art N° 7, Inc. i.)

⁶ Tratamiento de mayor plazo que las profesionales nombran como “Tratamiento Intensivo”.

⁷ Pudiendo contactarse directamente con las instituciones que forman parte de la red terapéutica, desde el Centro de Salud se opta por realizar el primer contacto con APRECOD porque es quien gestiona y financia la beca para que el/la usuario/a pueda acceder a un tratamiento.

En dichas instituciones los/las usuario/a atravesados/as por Consumos Problemáticos son acompañados/as a través de diferentes propuestas. Esto, conforme a las necesidades de los/las mismos/as.

Aquí, resulta propicio destacar que según las profesionales, desde el Centro de Salud no se pierde el contacto con el/la usuario/a ante la vinculación del/la mismo/a con una institución terapéutica; sino que este/a recurre a dicho efector, ya sea por atenciones con otras especialidades o porque decide no seguir con el tratamiento y busca otro tipo de acompañamiento.

Al respecto, la Ley de Salud Mental en su Art. N° 7 Inc. d, plantea como Derecho del/la usuario/a, el ser acompañado/a antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, afectos o a quien este/a designe.

Lo descrito, nos invita a pensar en un acompañamiento por parte del Centro de Salud junto con los/as allegados/as del/la usuario/a, que podría ubicarse dentro del orden del tratamiento, pero que no se basaría necesariamente en decirle al/la usuario/a qué hacer, cómo hacerlo, ni cuándo hacerlo; más todo lo contrario, se basaría en alojar desde la ternura lo que este/a usuario/a expresa como posible e imposible de sostener.

Hablamos de alojar desde la ternura siguiendo a Fernando Ulloa quien describe a la misma como el “buen trato” que le permite a los/las profesionales pasar al tratamiento. (Ulloa, 2007, pp. 163)

En este sentido, un buen trato como condición inherente en el abordaje de las situaciones de Consumos Problemáticos, se presentaría como un generador de oportunidades para el Centro de Salud, habilitando espacios de escucha y contención para el usuario/a y posibilitando el vínculo y la confianza con el/la mismo/a procurando ser un lugar de referencia para cualquier situación que se presente.

“Una cosa que a nosotros, me parece, nos interesa como equipo, y que se está haciendo mucho foco ahora, es decirle al paciente que este es su Centro de Salud de referencia, que puede venir acá para lo que necesite, que se puede venir a atender. Entonces lo que se intenta primero es que si tiene un problema es que venga al Centro de Salud” (Médica Psiquiatra).

La médica Psiquiatra destaca que el lograr que el/la usuario/a tenga como referencia a Centro de Salud, como un lugar donde se encuentra contención, impacta directamente en las familias, y/o aquellos/as que acompañan, brindando un poco de calma ante la situación que atraviesan.

“Hay familias que empiezan a ver que acá se contiene a su hijo o a su hija y entonces también bajan porque a veces vienen desbordados y se la agarran con el Centro de Salud. Pero hay cambios cuando ven que el paciente empieza a estar referenciado, que tiene un lugar a donde ir” (Médica Psiquiatra).

5.2 VÍNCULOS: “CONTAR CON” “CONTAR PARA:”⁸

Aquí, resulta interesante destacar algo fundamental en el abordaje de las situaciones de Consumos Problemáticos, que es el carácter esencial que tienen los vínculos, sean estos familiares o sociales.

Para ello nos remitimos a lo planteado por Serge Paugam, quien expresa que “los vínculos son múltiples y de naturaleza diferente, pero todos proporcionan a los individuos al mismo tiempo la protección y el reconocimiento necesarios para su existencia social” (Paugam, 2012, p. 1).

El autor describe a la protección como el “conjunto de soportes que el individuo puede movilizar frente a los avatares de la vida (recursos familiares, comunitarios, profesionales, sociales)” (Paugam, 2012, p.2). Y al reconocimiento, como la interacción social que motiva al individuo al proveerle de la prueba de su existencia y de su valor a través de la mirada del otro/a o de los otros/as. (Paugam, 2012, pp.2)

“Unas de las estrategias es contar con un otro, que a la segunda entrevista venga con la persona que pueda ser soporte” (Trabajadora Social).

Contar con alguien que pueda ser soporte, sostén, apoyo en dichas situaciones se torna fundamental para el/la usuario/a que decide comenzar un tratamiento que muchas veces le es imposible de sostener.

Nosotros lo podemos citar una vez por semana pero no sirve si en la casa no tienen ningún apoyo, tampoco sirve darle una medicación a una persona que está en consumo sabiendo que no lo va a poder sostener en la casa” (Trabajadora Social).

Cuando profundizamos en el análisis de lo que se logra alcanzar mediante el abordaje que realiza el equipo interdisciplinario desde el Centro de Salud junto con el/la usuario/a, podemos ver que aquellas personas que han logrado cambios significativos en sus vidas son las que tuvieron mucho acompañamiento ya sea por parte de un familiar, por parte de amigos/as, por parte de vecinos/as, y hasta de las mismas instituciones que ponen el cuerpo para brindar lo mejor posible.

“Un ejemplo es uno que consumía alcohol y llegó al consumo cero (...) pero, ¿Qué tuvo? Una hermana que también esperaba a que él cambie, tuvo un lugar a donde pertenecer, tuvo su trabajo de jardinería” (Médica Clínica).

Contar para poder sostener un tratamiento, para poder retomar las actividades cotidianas que son interrumpidas por el Consumo Problemático, para poder tener autonomía, para poder pensar en un proyecto de vida.

⁸ Términos tomados del autor Serge Paugam en su escrito titulado “Protección y reconocimiento. Por una sociología de los vínculos sociales”

Ha sido largamente demostrado que la proximidad con las familias y las comunidades en el territorio, junto con el fortalecimiento de formas de cuidado y acompañamiento, se presenta como un recurso estratégico para prevenir la institucionalización de poblaciones con grave padecimiento psíquico, consumo problemático, violencia de género, problemáticas de infancias y juventudes, etc. (Plan Provincial de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe, 2022, p. 7)

En este sentido, entendemos, tomando el aporte de Ritterstein que los/las usuarios/as no logran recuperarse solos/as, ya que:

El sujeto siempre necesita de otro, es emergente de un sistema vincular que en su interacción puede frustrarse o bien gratificarse (...) el interjuego entre la necesidad y la satisfacción son constituyente en el desarrollo del sujeto. La necesidad del otro estará siempre presente y resulta de la experiencia y vinculo que establecemos. (Ritterstein, 2008, p.3)

5.3 TRABAJO SOCIAL: LA PARTICULARIDAD DE SUS APORTES EN EL ABORDAJE DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

El Trabajo Social, entendido como una "profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas" (Ley N° 27.072, Art. N° 4); es incluido, según la Ley de Salud Mental N° 26.657, en los equipos interdisciplinarios a cargo de la atención en Salud Mental, a través de la cual (según el Art. N° 4) se abordan las situaciones de Consumos Problemáticos.

Dicha Ley destaca que "los integrantes de los equipos interdisciplinarios asumen las responsabilidades que derivan de sus propias incumbencias profesionales en el marco del trabajo conjunto" (Ley N° 26.657, Decreto N° 603, Art. N° 8).

De acuerdo a lo expresado por las profesionales entrevistadas, el Trabajo Social cumple un rol "fundamental y necesario" en la intervención al interior de los equipos interdisciplinarios.

En sus discursos destacan la relevancia de la profesión en el abordaje de los Consumos Problemáticos señalando la particularidad de su mirada profesional, la cual es sostenida

por la Médica Psiquiatra como una “visión de conjunto”, es decir una visión panorámica a través de la cual el Trabajo Social puede aportar “elementos para la lectura e identificación de la situación abordada” (Ley N° 27.072, Art. N° 9, Inc. 2).

5.4 APORTES DE UNA VISIÓN DE CONJUNTO

La Médica Clínica señala la importancia del Trabajo Social y lo interesante que es su observación sociológica que aporta información del/la usuario/a con Consumos Problemáticos y su vida diaria.

“Desde el psicoanálisis vos ves que le pasa al sujeto pero desde el Trabajo Social vos ves como esa persona se vincula con otros, quienes son sus lazos” (Médica Clínica).

Asimismo, la Médica Psiquiatra expresa lo fundamental que es el Trabajo Social destacando que aporta un conocimiento socioambiental que pone de relieve información del territorio, de la estructura y de la zona donde vive el/la usuario/a, o por el contrario, si este/a se encuentra en situación de calle. También brinda información de la familia con la que este/a cuenta (o no).

“El Trabajo Social está para cuestiones puntuales que tienen que ver con la familia, con la casa, con cuestiones legales” (Médica Psiquiatra).

En coincidencia con la Médica Psiquiatra, la Psicóloga manifiesta que el Trabajo Social cumple un rol fundamental, y que si bien su aporte está muy en el imaginario de lo material este tiene parte fundamental en el conocimiento de las familias.

“Yo pienso un trabajo en conjunto (...) si o si pienso en la estrategia o en la intervención junto con la trabajadora social o el trabajador social” (Psicóloga).

Aquí, vale resaltar que coincidentemente todo lo expresado se enmarca en las incumbencias profesionales del Trabajo Social. Es decir, que el aporte de la visión de conjunto se nutre de aquello que el Trabajo Social está habilitado a hacer, esto es: Diagnósticos familiares. Informes sociales, socioeconómicos, sociosanitarios, socioambientales, situacionales y/o periciales. Intervención en contextos domiciliarios, institucionales y/o comunitarios. Elaboración de pericias sociales en el ámbito de la justicia, entre otras. (Ley N° 27.072, Art. N° 9)

Lo descrito, nos invita a pensar que el Trabajo Social tiene una mirada particular que le permite “decir y hacer con vos propia y desde allí dialogar con otros saberes” (Cazzaniga, 2002, p.3).

5.5 LA VOZ DEL TRABAJO SOCIAL

La Trabajadora Social, expresa que el Trabajo Social aporta a partir de su acercamiento al/la usuario/a el conocimiento de la situación, del terreno, de la población y de las familias. Y afirma:

*“Me parece que el acercamiento que tenemos a la persona aporta una dimensión de realidad hacia los otros compañeros de otras disciplinas”
(Trabajadora Social).*

La misma, señala que en su intervención intenta profundizar en el conocimiento del centro de vida de cada usuario/a, así como también su red territorial, procurando la reconstrucción de las trayectorias de vida, la vinculación con el entorno familiar y su hábitat.

Paola Fussi, plantea que el Trabajo Social realiza un aporte particular a la construcción de las situaciones en cuanto a la evaluación que se puede hacer a partir de lo que los/las usuarios/as y sus familias pueden enunciar. (Fussi, 2019, pp. 192)

Lo descrito, se lleva adelante teniendo a disposición diferentes técnicas e instrumentos, tales como la observación y la entrevista, que se usan desde el hilo conductor de la interrogación para lograr determinados saberes y/o para alcanzar una reconstrucción teórica. (Cazzaniga, 2015, pp.17)

Al respecto, la Trabajadora Social destaca que el rol del Trabajo Social apunta a esas entrevistas donde por la especificidad de la profesión se puede andar en los lazos significativos de las personas.

No obstante, vale resaltar que la entrevista se torna central siempre y cuando se entienda como mediación que habilite a comprender y delinear propuestas de acción incorporando la participación del/la otro/a de la intervención en las mismas. (Ibídem)

En pos de llevar a cabo propuestas de acción, el Trabajo Social está habilitado a ejecutar políticas públicas, planes, programas y proyectos sociales. Siempre en defensa, reivindicación y promoción del ejercicio efectivo de los Derechos Humanos y sociales. (Ley N° 27.072, Art. N° 9)

Por políticas públicas, entendemos siguiendo a Olga Nirenberg, el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un determinado momento histórico los/as ciudadanos/as y el propio gobierno consideran prioritarios. (Nirenberg, 2006, pp. 26)

En relación a las situaciones de Consumos Problemáticos podríamos pensar como una de las políticas públicas a la atención sanitaria, gratuita y pública, la cual forma parte de los derechos de los/as usuarios/as que establece la Ley de Salud Mental en su Art. N° 7, Inc. a ”derecho a recibir atención sanitaria, social y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de la salud.”

En lo que respecta a los programas y proyectos Nirenberg señala que se desarrollan para resolver problemas sociales siguiendo lineamientos explícitos de políticas públicas orientadas a lo social. (Nirenberg, 2006, pp.36)

En este sentido, la Trabajadora Social destaca que para abordar las situaciones de Consumos Problemáticos, realiza la vinculación de los/as usuarios/as con los programas “Nueva Oportunidad Santa Fe” y “Santa Fe Más, Aprender Haciendo”.

El Programa Nueva Oportunidad Santa Fe, según el Decreto N° 2160, propone un abordaje integral con jóvenes desde los 12 años hasta los 35 años en situación de alta criticidad social con dificultades en la construcción de lazos afectivos (su modo de percibir y vincularse con otros/as), con el objetivo de promover su empoderamiento, acompañándolos/as en la generación de nuevos horizontes y oportunidades en su proyecto de vida, fortaleciendo los lazos sociales y las relaciones de convivencia. (Decreto N° 2160, 2017)

El Nueva Oportunidad Santa Fe, procura ser una plataforma de oportunidades para que los/as jóvenes puedan ser y sentirse parte de la sociedad. Asimismo, pretende ser una oportunidad para que los/as trabajadores/as territoriales puedan trabajar – a partir del programa- el contexto de las juventudes a las que apunta y para que las organizaciones que pueden sumarse a trabajar en el marco del presente, tengan la posibilidad de discutir el sentido de la política pública en materia social. (Ibídem)

Vale resaltar que dicho Programa establece que desde el área de salud se debe trabajar paralelamente al proceso de capacitación problemáticas sociales tales como: adicciones, prevención en salud, salud sexual y reproductiva, noviazgos violentos, entre otros. (Ibídem)

El Programa Santa Fe Más, Aprender Haciendo, según el Decreto N° 0494, propone promover la inclusión socio-económica de los/as jóvenes de entre 16 y 35 años de edad que se encuentra excluidos de los circuitos formales educativos y laborales de la provincia de Santa Fe, desde un abordaje integral que busca indagar en las historias y trayectorias de cada uno/a con el fin de orientarlos/as y acompañarlos/as a construir un proyecto de vida a partir de sus inquietudes, demandas e intereses.(Decreto N° 0494, 2021)

Esto, mediante instancias de formación y capacitación, espacios de socialización e intercambio que permitan revalorizar conocimientos, fortalecer los lazos socio-afectivos y reafirmar la identidad de los/as jóvenes. (Ibídem)

El Programa destaca que la dinámica de los talleres constituye una estrategia privilegiada para la emergencia e identificación de situaciones problemáticas, cuyo abordaje implica una instancia imprescindible para pensar la inclusión. (Ibídem)

En lo que respecta al área de salud, este debe desarrollar acciones tendientes a garantizar el acceso al sistema público para los/as jóvenes inscriptos/as en el Programa. Asimismo, deberá acompañar y asesorar a los equipos de trabajo del Programa en problemáticas específicas del área, como Salud Mental, salud sexual y reproductiva, Consumo Problemático de sustancias, prevención en salud, etc. (Ibídem)

Lo descrito nos invita a pensar en la intervención del Trabajo Social como la puesta en acto de acciones a partir de las situaciones que se presentan, en el marco de las incumbencias de la profesión (Cazzaniga, 2015, pp.12); involucrando a las personas y las estructuras para hacerle frente a los desafíos de la vida y aumentar el bienestar. Esto, teniendo como fundamento los principios de justicia social, los Derechos Humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad. (Ley N° 27.072, Art. N° 4)

Asimismo, que su particularidad está en indagar y construir argumentos como base de las acciones y decisiones concretas respecto a los obstáculos que los/as usuarios/as tienen respecto de sus condiciones de vida. Decisiones que tienen consecuencias directas en la vida estos/as y se basan en una responsabilidad ética ineludible en la orientación de propuestas de acción que pueden favorecer o no a las personas. (Pagaza, Velurtas, Avico, 2014, pp. 6)

No obstante, se considera que para lograr el completo bienestar del/la usuario/a se necesita de la intervención de distintos profesionales, e instituciones de diferentes sectores, siendo el trabajo interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial⁹ fundamentales para el Abordaje de los Consumos Problemáticos.

⁹ El desarrollo del trabajo interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial se ha realizado en apartados precedentes.

A MODO DE CIERRE

A lo largo de todo el trabajo y hasta aquí hemos intentado trazar reflexiones en torno a los abordajes que realizan los equipos interdisciplinarios del Centro de Salud Casiano Casas ante las situaciones de Consumo Problemático, iluminando aquello que la Ley de Salud Mental N° 26.657 establece y lo que efectivamente transcurre en el campo de las intervenciones.

En este sentido, luego de haber dado respuesta a los objetivos planteados en el presente Trabajo Integrador Final, nos resulta pertinente destacar algunos aspectos relevantes recuperados del mismo.

En principio, queremos destacar a los Consumos Problemáticos; los cuales entendemos como un fenómeno multicausal y complejo, que según los/as profesionales entrevistados/as afecta a una amplia franja etaria que va desde la adolescencia hasta la adultez.

Logramos comprender que dichas situaciones no son provocadas por una dificultad propia de la persona ni por una característica esencial de la sustancia, sino que tienen su razón de ser en el vínculo que la persona establece con una o más sustancias.

La Ley N° 26.934 en su Art. N° 2 concibe a los Consumos Problemáticos como aquellos consumos que afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica de la persona, y/o las relaciones sociales.

Lo descrito, nos invita a pensar siguiendo lo planteado por la Sedronar, que las situaciones de consumo, se constituyen como una problemática que obliga a complejizar la mirada acerca de la salud y a abordarla desde una mirada integral, colectiva y en términos relacionales. (Sedronar, 2019, pp.12)

Esto nos habilita a destacar otro aspecto relevante que hemos recuperado, y que es el impacto de la Ley de Salud Mental N° 26.657 en el abordaje de los Consumos Problemáticos, entendiendo a la misma como un tejido normativo de Derechos Humanos en materia de salud y como una herramienta de trabajo que fundamenta cada una de las estrategias de los equipos interdisciplinarios. (Suardiaz, 2014, pp.322)

Dicha perspectiva es la que se reflejó en el análisis de las entrevistas realizadas a la Trabajadora Social, Médica Psiquiatra, Médica Clínica y Psicóloga, quienes han expresado que la Ley es la base del trabajo interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial que se procura llevar a cabo frente a las situaciones de Consumos Problemáticos en pos de realizar abordajes de carácter integral, basados en la estrategia de reducción de daños.

No obstante, vale señalar que esta perspectiva no es compartida por todos/as los/as profesionales involucrados/as en el abordaje de las situaciones de consumos. Con esto, hacemos referencia al área de Enfermería que expresa que la Ley no sirve para resolver las situaciones que se presentan en la práctica cotidiana.

Al respecto, Suardiaz plantea que pensar a la Ley desde esta perspectiva es un error conceptual, que imposibilita comprender que la misma no funciona como un efecto inmediato sobre la realidad, más todo lo contrario, se presenta como un marco de interpretación y garantía de los Derechos Humanos. (Suardiaz, 2014, pp. 316)

Derechos Humanos que establece en su capítulo IV y de los cuales queremos poner de relieve el siguiente: Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado/a con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria. (Ley N° 26.657, Art. N° 7, Inc. d)

Y con esto, queremos destacar otro aspecto relevante; y es que para los Consumos Problemáticos no existe un único tratamiento y una modalidad universal de abordaje (Sedronar, 2019, pp. 71); por ende, los equipos interdisciplinarios, enmarcados en la Ley de Salud Mental, pueden pensar en diferentes abordajes a partir de lo que el/la usuario/a decida y pueda sostener. Es decir, pueden brindar un tratamiento ambulatorio en el Centro de Salud, o un tratamiento de largo plazo en otra institución, y si esto no logra ser sostenido por el/la usuario/a, pueden brindar un tratamiento a partir de la contención, de la escucha, del acompañamiento, desde la intencionalidad de alojar lo que este/a expresa, procurando su bienestar integral.

También, resulta propicio destacar que desde el Centro de Salud los abordajes de Consumos Problemáticos son pensados en conjunto con otro/as, y con esto no solo nos referimos a profesionales e instituciones, sino también a la familia, amigos/as y referentes afectivos de los/as usuarios/as, considerándose a los/as mismos/as como los vínculos capaces de sostener en la cotidianeidad.

Una cotidianeidad que se presenta atravesada por la violencia altamente lesiva entre los barrios donde habitan los/as usuarios/as y que reproduce el conflicto entre los/as mismos/as. Tornándose, según los/as profesionales, una dificultad para llevar adelante el trabajo en territorio. Al respecto la Trabajadora Social plantea

“Intentamos realizar algún tipo de intervención con los jóvenes del barrio que están en consumo, pero se nos está complicando porque hubo balaceras esta última semana y los jóvenes que queríamos abordar están muy enemistados entre sí (...) cada tres días hay balaceras entre ellos, entonces es muy difícil ir a territorio a trabajar con esos jóvenes”
(Trabajadora Social).

Otro aspecto relevante a destacar es que, al ser un fenómeno multicausal, cuando se presentan situaciones de Consumos Problemáticos se manifiesta la incompletud de las herramientas disciplinares, tornándose inherente a la intervención la interdisciplinariedad, a partir de la cual se parte de situaciones problemáticas, y no desde cada disciplina en particular, sin implicar un desdibujamiento de las identidades y saberes disciplinares específicos. (Collado, Di Mare Duran, Esquivel, Mattioni, Silva, 2019, pp.92)

Tomando los aportes de Cazzaniga, entendemos que la interdisciplina no solo da cuenta de una perspectiva epistemológica que trasciende las parcialidades, sino que se convierte en condición de posibilidad para abordar la complejidad de las situaciones, y a la vez permite la contención grupal de los/as profesionales. (Cazzaniga, 2002, pp. 8)

En este sentido, consideramos que la participación de todas las disciplinas se tornan necesarias, ya que según lo expresado por los/as profesionales entrevistados/as, son partícipes del abordaje desde el momento que el/la usuario/a llega al Centro de Salud, llevándose a cabo la estabilización física, brindando un espacio de escucha y contención, pensando en la posibilidad de un tratamiento y acompañando al/la mismo/a en el proceso, así como también a la familia.

Battafarano, plantea que la interdisciplina, se presenta como una construcción de saberes (Battafarano, 2022, pp.11); a partir de la cual se puede pensar y delinear diferentes estrategias de intervención propicias para cada situación particular.

Estrategias, enmarcadas en la reducción de daños, que procuren el pleno goce de los Derechos Humanos, el reforzamiento, restitución y promoción de los lazos sociales y familiares (Ley N° 26.657, Art. N° 9); así como también que potencien las capacidades de los/as usuarios y su autonomía, revalorizando sus voces, garantizando que sean reales protagonistas de su tratamiento, y poniendo en valor el conocimiento de los/as mismos/as como personas que requieren de intervenciones transformadoras. (Battafarano, 2022, pp.11)

No obstante, para que las intervenciones logren ser transformadoras, se necesita de herramientas, es decir de Políticas Públicas integrales que logren articular las distintas áreas de gobierno implicadas (salud, desarrollo social, educación, etc) lo cual, y en coincidencia con lo expresado por los/as profesionales, son escasas; generando que el horizonte de posibilidades se encuentre cada vez más nublado y desarticulado. (Battafarano, 2022, pp.4)

La Trabajadora Social expresa:

“Necesitamos mayor participación de desarrollo social en los barrios, que tenga otra cosa para ofrecer más que nosotros un tratamiento” (Trabajadora Social).

Al respecto, agregamos que si bien la Ley de Salud Mental N° 26.657 se inscribe en cambios paradigmáticos, e incita a que estos se traduzcan en prácticas efectivas, entendemos que mucho está aún por ser creado, y que en el intento de implementación se pasan los años sin poder ejecutar los presupuestos que dicho marco normativo necesitaría. (Battafarano, 2022, pp.4)

A modo de cierre, cabe destacar que en el presente Trabajo Integrador Final las reflexiones precedentes no intentan presentarse como conclusiones cerradas sino como aproximaciones, apelando a un modo de comprender la realidad social que permita seguir trabajando y reflexionando con otros/as en una construcción constante. (Collado, Di Mare Duran, Esquivel, Mattioni, Silva, 2019, pp.100)

BIBLIOGRAFIA

- Amarante, P. (2009). “*Superar el manicomio. Salud Mental y Atención Psicosocial*”. Editorial Topia.
- Battafarano, C. (2022). “Trabajo Social en urgencias dentro del campo de la salud mental en contexto de covid-19” en *Escenarios. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*. Universidad Nacional de La Plata. N° 35.
- Benedetti, Edith. (2015). “Hacia un pensamiento clínico del consumo problemático. Notas político-epistémicas sobre modelos y estrategias de intervención”. Ediciones Licenciada Laura Bonaparte, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Blixen, S. (2003) “Narcotráfico - Terrorismo de Estado - Democracia Militarizada. En: <https://archivo.argentina.indymedia.org/news/2003/03/89680.php>
- Bonino, María Noelia. (2020). “La ley de Salud Mental y Adicciones. Posibilidades de su implementación en un hospital de mediana complejidad de la Provincia de Santa Fe” en *Barquitos pintados*. Experiencia Rosario: Año IV – Número 4.
- Bourdieu, P. Wacquant, L. (2005). “*Una invitación a la sociología reflexiva*”. Siglo XXI editores.
- Burzaco, E. (2015). “Mexicanización, por qué tiene razón el Papa”. en: <http://eugenioburzaco.com/mexicanizacion-por-que-tiene-razon-el-papa/>
- Caballero, Micaela. Chulluncuy, Ofelia. Pisano, Gabriel. Ramírez, José Gastón. (2021). “Campo Salud Mental- Consumo Problemático”. Trabajo Práctico de Planificación Social II. Rosario, Santa Fe.
- Calderón, Karen. Silva, Anggy. (2018). “La escucha activa como elemento necesario para el dialogo”. *Revista Convicciones*. Pag.83-87.
- Castel, Robert. (2001). “*Presente y Genealogía del presente. Una aproximación no evolucionista del cambio social*”. en: Cuadernos de crítica de la cultura N° 47. Madrid, Archipiélago.
- Cazzaniga, S. (2002). “Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud”. Edición N° 27.
- Cazzaniga, S. (2015). “Intervención social- Intervención profesional”. Facultad de Trabajo Social UNER.
- Collado, B. Di Mare Duran, M. Esquivel, M. Mattioni, M. Silva, J. (2019). “Este caso es para Trabajo Social: Un estudio cualitativo acerca de los modos de comprender el inicio y el desarrollo de los proceso de intervención ambulatorios

en salud mental” en *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*. Artículos seleccionados.

- Cozzi, E. (2018). “De ladrones a narco. Violencia, delitos y búsqueda de reconocimiento en tres generaciones de jóvenes en un barrio popular de la ciudad de Rosario”. En Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires.
- Cunill-Grau, N. (2014) "La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual" en *Gestión y Política Pública*, Volumen XXIII, Numero 1. I semestre. PP. 5-46.
- Damín, Carlos. (2009). “Consumo de sustancias psicoactivas: Cuando es un problema” *Voces en el Fénix*, 6 (42), 11-19.
- Declaración de Alma Ata. (1978). “Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud”.
- Decreto N° 522. (2013). “Salud Pública. Conceptos Básicos y Generales” Ministerio de Salud – Santa Fe.
- Decreto N° 2160. (2017). “Programa Nueva Oportunidad Santa Fe” en: <https://www.santafe.gov.ar/boletinoficial/recursos/boletines/02-08-2017decreto2160-2017.html>
- Decreto N° 0494. (2021). “Programa Santa Fe Más, Aprender Haciendo” en: <https://www.santafe.gov.ar/boletinoficial/recursos/boletines/2021/2021-05-13decreto0494-2021.pdf>
- Del Frade, C. (2014). “Cuidad Blanca Crónica Negra. Postales del narcotráfico en el gran Rosario, Córdoba y Buenos Aires” Último Recuso Ediciones.
- Diario el Cronista. (2015). “Rossi admitió que Argentina era un país de tránsito y ahora es de consumo y elaboración de drogas”.
- Diez, E, R, y Pedreño, M, H. (2004). “Acompañar los procesos de inclusión social. Del análisis de la exclusión a la intervención social”. *Trabajo Social*. Volumen 16, N° 16, p. 143-156. Universidad de Colombia.
- Epele, M. (2007). “La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud” en *Cuadernos de Antropología Social* N° 25, pp. 151-168.
- Fussi, P. (2019). “Salud Mental y Trabajo Social: la R.I.Sa.M como instancia-potencia para pensarnos” en *Revista Cátedra Paralela* N° 16.
- Gomez Sepliarsky, L. (2018). “Algunos elementos para entender la economía del narcotráfico” en *Revista Internacional de Historia Política e Cultura Jurídica*, vol. 10. Núm. 2.
- González-Saibene, A. (2011). "Conocimiento, intervención, transformación".

- <https://www.rosario.gob.ar/inicio/centros-de-salud-y-hospitales>
- Instituto de Investigación sobre Jóvenes, Violencia y Adicciones. (2015). “Informe 2015” en: Diputados de la Provincia de Buenos Aires.
- Ley Federal de Trabajo Social N° 27.072 <https://www.trabajo-social.org.ar/ley-federal/>
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000179999/175977/norma.htm>
- Ley N° 20.771. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-20771-40025/actualizacion>
- Ley N° 23.737 <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/138/texact.htm>
- Ley Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos N° 26.934 sancionada en el año 2014. En: <https://www.msal.gob.ar/dlsn/categorias/enfermedades/adicciones/ley-26934>
- Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772/91 <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/33098/171113/file/Ley%20Provincial%2010772.pdf>
- Llovera M y Scialla M. (2017). “Políticas de drogas en Argentina (2003-2015). Reflexiones en torno a la puja entre lo heredado y lo reformulado” en Temas y Debates 34. *Revista Universitaria de Ciencias Sociales*. Semestral/ año 21 / número 34.
- Lorenzo, R. (2019). “Una aproximación a los diferentes Paradigmas de intervención sobre Consumos Problemáticos”. Tesina de Grado.
- Maeyaert, An. (2017). “Del derecho a ser oído: una propuesta musical desde el enfoque de derechos con adolescentes en situación de calle”. Editorial Último Recurso.
- Martínez, M. (2015). “Derecho y Salud Mental. Historia del tratamiento jurídico de la locura en la República Argentina”. Editorial Juris.
- Mauri, Evangelina Michelle. Sicre, Cecilia Noel. (2021). “Sobre la importancia de la perspectiva de género en el abordaje de los consumos problemáticos” en IV Congreso Argentino de Abordaje Interdisciplinario de los Consumos Problemáticos. Asociación Argentina de Salud Mental, Buenos Aires.
- Mella, C. (2018). “Consumo problemático en el Campo de las Ciencias Sociales”.

- Monasterio, J. (2020). "La interdisciplinariedad y la instersectorialidad como enfoques integradores en el proceso de diseño y formulación de políticas públicas" en *Gestión de Organizaciones*. Volumen 05. Universidad Metropolitana. PP 295-333
- Monteviero, L. y Santillán, E. (2021). "El consumo problemático de sustancias psicoactivas y la intervención de las y los trabajadores sociales. Una mirada desde la perspectiva del actor". *Margen*. N° 101.
- Nirenberg, O. (2006). "Transiciones en las políticas sociales, la planificación y la evaluación". Paidós.
- Paugam, S. (2012). "Protección y reconocimiento. Por una sociología de los vínculos sociales". *Papeles del CEIC*. Volumen 82.
- Pagaza, R. Velurtas, M. Avico, F, M. (2014). "La intervención del Trabajo Social y su relación con las políticas sociales: algunas reflexiones en el contexto actual" en IX Jornadas de Investigación, Docencia, Extensión y Ejercicio Profesional – FTS- UNLP. Transformaciones sociales, políticas públicas y conflictos emergentes en la sociedad argentina contemporánea.
- Plan Nacional de Salud Mental. (2013). "La Salud Mental es un Derecho de todos y todas. Ley Nacional N° 26.657". Ministerio de Salud Presidencia de la Nación.
- Preámbulo de la Constitución de OMS. (1948).
- Propuesta Plan Provincial de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe 2022-2026. https://www.confbasaglia.org/wp-content/uploads/2022/05/PROPUESTA-PLAN-PROVINCIAL-Salud-Mental_Santa-Fe.pdf
- Ritterstein, P. (2008). "Aprendizaje y Vinculo: una mirada sobre el aprendizaje: Enrique Pichón Riviére y Paulo Freire". Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. Equipo de Cátedras del Prof. Ferrarós. Argentina.
- Rodríguez, Manuel Luis. (2009). "Estrategias de intervención- Algunos aspectos metodológicos y epistemológicos" en *Metodologías de la Investigación*. Punta Arenas. Magallanes, otoño de 2009.
- Rodríguez, Silvana. (2007). "Dilucidando desde el Trabajo Social, dificultades y posibilidades de la intervención en drogadicción". *Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales*. Edición N° 46.
- Russo, Daniel. (2022). "Sobre el uso de drogas en la historia y sus regulaciones antes del prohibicionismo" en: *Revista Salud Mental y Comunidad* Año 9, N°12.
- Ryan, Susana. (2009). "Prevención del Consumo Problemático de drogas. Desde el lugar del adulto en la comunidad educativa." Ministerio de Educación de la Nación. Buenos Aires.

- Sautu, R. (2005). “Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación”. Ediciones Lumiere. Buenos Aires.
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina. (2019). “Abordaje Integral de los Consumos Problemáticos”. Presidencia de la Nación.
- Secretaria de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico de la República Argentina. (2007). “El tráfico de estupefacientes en la Argentina: un estudio sobre sus condicionantes estructurales y coyunturales”. Buenos Aires.
- Secretaria de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico de la República Argentina. (2022). “Guía de orientaciones y criterios de intervención ante situaciones de consumo de sustancias en ámbitos escolares”. Buenos Aires.
- Serra, M. (2019). “Los debates en torno a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Ensayo de lecturas e interrogaciones en clave habermarsiana” en *Revista Cátedra Paralela* N° 16.
- Stolkiner, Alicia. (1987). El niño y la escuela. “De interdisciplinas e Indisciplinas”. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.
- Stolkiner, Alicia. Garbus, Pamela. Solitario, Romina. (2007). “Atención Primaria de la Salud e Interdisciplina: Dos componentes claves para las reformas en Salud Mental” en *Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca*. Volumen 17 N° 3. Buenos Aires.
- Suardiaz, C. (2014). “Implicancias en el campo de la Salud Mental: Entre la Universalización apresurada y la Desidealización de la Política” en Seminario: Derechos, Políticas Sociales y problemáticas contemporáneas. Debate desde Trabajo Social. Universidad Nacional de Entre Ríos.
- Touzé, G. (2010). “Argentina: ¿La reforma que viene? en: *Serie reforma legislativa en materia de drogas* N° 6.
- Ulloa, F. (2007). “Ternura, numerosidad social e insurgencias”, entrevista de Gregorio Kazi en *Subjetivaciones / clínicas / insurgencias*. Ediciones Madres de Plaza de Mayo. Bs. As. Pág. 155 a 168.
- Vasconcelos, Mourao Eduardo (1999). “Servicio Social e Interdisciplinaridad: El ejemplo de la Salud Mental.
- Vignolo, J. Vacarezza, M. Álvarez, C. Sosa, A. (2011). “Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud”. Prensa Médica Latinoamericana. Uruguay.
- Zendesk. (2023). “Diferencia entre cliente, paciente y usuario en salud” artículo n° 11.

ANEXO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN

Acepto participar voluntariamente de esta entrevista llevada adelante por Micaela Caballero, DNI ----- estudiante de la Lic. en Trabajo Social (Legajo N°----), carrera dictada en la Universidad Nacional de Rosario (UNR) en la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales. Dejo constancia de que me han informado que la entrevista tiene como fin recolectar datos para el Trabajo Integrador Final (TIF) de la licenciatura, así como también, que mi colaboración consiste en responder una serie de preguntas que serán registradas en una grabación y que la información que yo provea es de carácter estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito por fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Asimismo he sido informado/a que en el caso de tener dudas sobre mi participación, puedo contactar a la Lic. Melina Actis quien dirige dicho Trabajo Integrador Final, a través del e-mail actismelina@gmail.com

Fecha

Firma y aclaración del /la Participante

Firma y aclaración de la Entrevistadora

Firma y aclaración de la Directora del TIF

Entrevista a una Psicóloga del Centro de Salud Casiano Casas.

Fecha: 29/05/2023

Hora: 13hs

Duración: 43 minutos.

M: Para dar comienzo, me gustaría saber: ¿Cuál es tu profesión y hace cuánto trabajas en el Centro de Salud Casiano Casas?

P: Soy Psicóloga y trabajo desde agosto del 2015. Comencé como reemplazante y bueno, ya soy parte del equipo.

M: ¿Sabes si hay registros sobre las situaciones de consumos problemáticos que llegan al Centro de Salud?

P: Tenemos un sistema donde se registran todas las atenciones. Lo que pasa es que... recientemente, hace muy poco tiempo se ordenaron ciertos diagnósticos y cierta forma de carga, particularmente en salud mental, digamos, y estamos en los inicios de la carga de esas atenciones con esos diagnósticos, entonces tal vez la consulta médica sí es lo que estaba bien registrado. Y salud mental, por lo que tengo entendido, en los distintos centros de salud es lo que viene más lento, digamos, en la carga. Después está el registro en la historia clínica; cada familia tiene una historia clínica, que es la historia clínica familiar, y allí se registran todas las atenciones de cada paciente, Allí se consultan las primeras entrevistas, el motivo de las consultas, queda registrado ahí. Ese es un documento que es muy valioso y ese es el que sí o sí se viene sosteniendo, digamos, la carga en el sistema también, pero con más retraso, digamos, en el cargado, porque lleva todo un tiempo, y venimos como atrasados en las cargas, porque cada uno, digamos, cada profesional, cada compañero, psicólogo, psicóloga tiene distintos tiempos en las cargas, algunos que ya hace más tiempo que vienen cargando y otros que un poquito menos, como yo (risas).

M: ¿Estas situaciones se manifiestan de manera directa o por medio de terceros?

P: Y... ambas. A ver, está la situación en la que se cursa algún tipo de internación en algún hospital o en alguna otra institución y a partir de esa internación luego se hace la derivación al centro de salud y se comienza con un proceso de atención acá. Sí es un paciente que no tiene atenciones, que no tiene equipo de salud, se hace ese trabajo de red en el que se comunica lo que se trabajó con ese paciente en esa otra institución y la idea es hacer un trabajo en conjunto. Después puede ocurrir que llegue algún familiar

que se acerca a solicitar un turno o a solicitar, digamos, una atención para un hijo, una hija, un hermano, bueno un familiar que esté atravesando una situación de consumo problemático. Y bueno puede ser también que venga el propio usuario que viene a plantear que tiene ese problema y quiere un turno, o que quiere internarse o que quiere ir a alguna institución que lo acompañe para dejar de consumir. Serían esas las llegadas, después obviamente también está, que es parte del trabajo en equipo aquí, que llega la consulta con el médico, le plantea esto al médico y el médico nos convoca a mí y/o a la trabajadora social para pensar cómo acompañamos a ese paciente, tal vez no viene directamente a salud mental sino que llega a la consulta con el médico o también a la consulta con el trabajador social y a quien llegue, digamos, se arma el equipo.

M: ¿Cuál es la población afectada por esta problemática?

P: Adultos y adolescentes. Los adolescentes mayormente, sí bien como te decía no hay una estadística, no hay un registro en el sistema que podamos decir tanta cantidad o de tal edad, es donde se dan más los consumos problemáticos, ese dato no está. Pero bueno en la adolescencia por cómo llegan los familiares solicitando algún tipo de acompañamiento y en los adultos. Hasta ahora niños muy pocos casos, bah niños...preadolescentes son los menos. Es desde la adolescencia hasta los 40 años, obviamente que hay donde mayormente puedo decirte que han sido las consultas.

M: ¿Hombres y mujeres por igual?

P: Arriesgaría hombres, más hombres.

M: ¿Qué sustancias se consumen? ¿Cuál es la predominante?

P: Y... cocaína, pegamento también, marihuana. Pero bueno, la cocaína, la forma en como consumen esa cocaína es también lo que hace, digamos sí se la inyectan o no, también marca la diferencia.

M: En relación a la institución; ¿Cuál es la mirada que tiene el Centro de Salud Casiano Casas sobre los Consumos Problemáticos?

P: Bueno, como te decía la idea es un abordaje integral. A ese consumo no lo pensamos como un problema o una dificultad del usuario sino que lo consideramos desde su integralidad, digamos, teniendo en cuenta y considerando, digamos, sus relaciones familiares, sus relaciones más allá de su familia en el ámbito más social y también no

apuntando a una penalización, ni a una pretensión de que no haya un consumo allí. Sí que sea un abordaje que apunte a un consumo que le permita al usuario, bueno sostener esto que usualmente se rompe, sostener su trabajo, sostener sus relaciones, sostener sus actividades que cuando este consumo se convierte en problemático todo eso se ve interrumpido, pero no desde un planteo del “no consumo”, de una abstención digamos, sino de que eso no se le complique tanto, de que no le complique tanto su vida.

M: ¿Existe un marco legal que determine las intervenciones por parte del Centro de Salud ante las situaciones de Consumo Problemático?

P: Sí, en realidad son todos los derechos que tiene que tener garantizados los usuarios del sistema de salud, ni más ni menos, va en esta línea que te decía que es poder acompañar al usuario, no desde un lugar abstencionista sino desde un lugar de consumo responsable, y que pueda sostener día a día, sus actividades, eso toda las leyes, digamos que bogan por los derechos de los pacientes. En ese punto desde la ley de Salud Mental, por eso se piensa en un trabajo integral, en un trabajo con otros, con otros de la familia, con otros referentes para ese usuario, que no se trate de algo que los aísle, de algo que los encierre, que sea con otros y en la medida de lo posible en un espacio de escucha y de trabajo en donde este paciente o este usuario pueda decir que es lo que quiere, que es lo que no, que no sea algo impuesto, sino que se escuche lo que le está pasando a ese usuario, y eso es parte de la ley de Salud Mental, de ese marco, de que se necesita un abordaje integral porque como te decía, no se trata de que se quede ahí como el problema en él sino que se pueda pensar más allá de esas dificultades, más socialmente.

M: Mencionaste a la Ley de Salud Mental y un interrogante que tengo es ¿Qué impacto generó y genera la Ley de Salud Mental N° 26.657 en el trabajo cotidiano ante dichas situaciones?

P: Bien, bueno lo principal es esto que decía de que sea un abordaje integral en el que estemos Trabajadora Social, el acompañamiento Médico, el acompañamiento de Psicología, sí es necesario de Psiquiatría, digamos que se trabaje en pos de que ese paciente pueda sostener los vínculos, que se trabaje con las familias, que se trabaje con quienes son referentes para ese usuario. Desde ese punto ha aportado muchísimo, después tenemos las limitaciones de... bueno las instituciones o las propuestas que pueden garantizarse para esos usuarios, que las hay pero bueno muchas veces no son suficientes... están pero no alcanzan muchas veces. Es un trabajo muy artesanal

digamos, es dentro del marco de la ley pero se va armando la estrategia de acompañamiento muy artesanalmente en función de los recursos que tenemos, con los que contamos acá en la ciudad.

M: ¿Aparecen otras normativas que interpelan las intervenciones?

P: Particularmente no se me ocurre otra que sea más abarcativa y más indicada para estas situaciones como la de Salud Mental. Después como te decía, ahora no se me viene alguna específica del derecho de atención a la salud, los derechos del paciente, todo eso que ya todos nosotros estamos atravesados por esas leyes porque, bueno, trabajamos en el Estado.

M: Ahora bien, cuando una situación de Consumo Problemático se presenta en el Centro de Salud; ¿Quiénes intervienen?

P: Bueno, lo ideal o por lo general lo que se intenta es armar un equipo que esté conformado por Médico o clínico - también tenemos una clínica- son médicos generalistas, la clínica, psicología y trabajo social. Igualmente como pensamos el trabajo como equipo de salud también allí interviene sí ese usuario o sí pensamos que podría aportar digamos por cómo es la relación de ese usuario de esa familia también con algún otro miembro del equipo enfermero, enfermera, administrativos también participan mucho del acompañamiento de estas situaciones todo el equipo de salud, el equipo que conforma acá el Casiano y bueno los otros Centro de Salud.

M: ¿Hay prioridad de alguna disciplina/profesión para comenzar a abordar las situaciones que se presentan?

P: Y... por lo general es Médico y Psicólogo... Pero bueno se hace todo un intento porque eso se amplíe.

M: ¿Esto a qué se debe, bajo qué criterio se organiza de esta manera?

P: Se tiene en cuenta con quienes tal vez más se pudo hacer, sí es alguien que es paciente ya del Centro de Salud alguna referencia acá, en el equipo, y sí es alguien nuevo bueno eso tiene que construirse con el equipo que armamos nosotros. Tal vez sí es un paciente que ya tiene toda una historia, que viene acá ya hace mucho tiempo y además tiene algunos referentes con quienes se siente más cómodo o con lo que comparte lo que le pasa y más que con otros. Por ejemplo, más que con el psicólogo con

el administrativo o el enfermero o el médico y allí nos vamos sumando el resto a esa estrategia

M: ¿Reciben capacitaciones en relación a la problemática de los consumos?

P: Sí. Tenemos espacios de formación, conversatorios. Durante todo el año pasado todos los conversatorios que tuvimos giraron en torno al Consumo Problemático. En estos conversatorios, bueno todos los trabajadores estamos invitados a participar y exponen algunos compañeros y colegas de hospitales u otros centros de salud, también se ha convocado a otros especialistas en la problemática. Así que sí, están esas capacitaciones y después está quien sí uno quiere hacer digamos alguna formación, curso, posgrado o algo más específico obviamente está esa posibilidad. Y este año también tenemos estos conversatorios. Y en las reuniones de equipo que son semanales donde cada uno puede compartir con el resto información de algo que esté haciendo de manera particular.

M: Con respecto al abordaje; ¿Cómo se aborda una situación de Consumos Problemáticos? ¿Cuáles son los primeros pasos a realizar? ¿Se realiza algún tipo de admisión?

P: No sé si hay una norma, sí armar equipo. Pero puede presentarse una situación en la que llegue un paciente o un familiar en la que uno puede programar un turno de admisión o un espacio de admisión, que se sería de primer escucha, porque admitir digamos todas las situaciones se reciben y se les da lugar y se les escucha. Después eso puede derivar o no es un tratamiento, la admisión tiene más que ver con eso digamos, decir bueno ese tratamiento se realiza aquí o ese tratamiento se realiza en otra institución, entonces en ese punto eso está garantizado desde el equipo de salud, pero bueno hay situaciones en las que eso se puede planificar y se puede pensar en un día y en un horario esa semana o la semana próxima y hay situaciones en las que uno ya con cierta experiencia puede notar que es algo que sí no se escucha en ese momento tal vez no vuelva, no llegue nuevamente a solicitar ayuda, entonces en ese punto hay diferencias, puede ser que en el momento se arme esa estrategia de esa estrategia de admisión o que se pueda programar para otro día, otra semana, en la que se pueda pensar tal vez en la comunicación con otra institución para generar una entrevista junto a otra institución y que no seamos sólo nosotros, pero bueno de base escuchar de qué se trata, porque si no, no se pueden pensar estas estrategias.

M: ¿Cuáles son los circuitos de atención que se llevan adelante ante una situación de Consumos Problemáticos?

P: En realidad.... no... digamos... si, son caminos, son alternativas que tenemos para ese abordaje en conjunto, no necesariamente ocurre con todos por igual. Contamos con La Estación que es un dispositivo que está destinado para el abordaje del consumo problemático y se dan talleres allí, se dan espacios de escucha también obviamente y demás, podemos convocar a ese equipo, podemos convocar a SEDHA que es otra institución que está conveniada con la Municipalidad para hacer un tratamiento más intensivo de algunos usuarios, tienen propuestas diarias, allí también cuentan con psicólogos, psiquiatras, enfermeros, todo un equipo de salud y después bueno, hay distintas instituciones que son, sí se quiere, son Organizaciones Sociales que brindan un espacio de, tanto de asistencia diaria, distintos talleres, distintas capacitaciones como también Centros de Día en donde el usuario puede quedarse allí un tiempo, dormir allí, internado allí, internado entre comillas porque no hay ningún lugar de puertas cerradas, son todos lugares donde el usuario puede irse. Pero bueno esas Organizaciones tienen también una etapa de entrevistas, de admisión donde se evalúa si ese paciente va a poder ingresar allí y permanecer un tiempo. Después, hace poquito contamos con La Posta, que es un lugar que antes estaba destinado para adolescentes que también iban durante el día y tenían distintos espacios y actividades durante el día, pero ahora tiene otra propuesta, es una institución con la que también se puede hacer un trabajo en conjunto para aquellos pacientes que nosotros consideramos que necesitan de ese espacio, que precisan un lugar más cercanos.

M: ¿Sólo adolescente o se amplió la franja etaria?

P: Claro, se amplió. Antes funcionaba sólo con adolescentes y ahora se amplió y trabajan con las instituciones de zona Norte y zona Oeste, así que lo tenemos cerquita, porque por ejemplo La Estación queda en zona Sur y es necesario algo más cercano porque los usuarios no llegan allá. En este sentido, La Posta se plantea como un proyecto que a posteriori podría tener alguna cama allí para que si algún usuario necesita algunas noches o en determinado momento quedarse ahí lo pueda hacer, todavía eso no funciona así pero se piensa. También está Programa Andrés, que es una institución que hace muchos años trabajan, entre muchas situaciones porque tienen todo un espacio de formación de acompañantes terapéuticos y demás, y tiene un lugar en el

centro en el que se pueden quedar allí y dormir, además de los espacios que tienen durante el día también cuentan con una casa donde se pueden ir a quedar ahí los usuarios.

M: ¿Los circuitos de atención son propios del Centro de Salud, o son creados a nivel Municipal, Provincial, Nacional.

P: Estos lugares están conveniados digamos, que tienen una articulación con la muni. Por ejemplo, La Posta tiene la propuesta de que sea tanto centros de salud municipales como provinciales. Por lo general los provinciales y otros centros de salud tienen otros circuitos, otros canales, otras instituciones. Eso va a depender del centro de salud.

M: ¿Cuáles son las estrategias que utiliza el equipo interdisciplinario ante las situaciones de Consumos Problemáticos? ¿Aplican algo ya preestablecido?

P: Todo depende de la situación. Como te decía, en algunas situaciones interviene psiquiatría y en otras no. Algo preestablecido no, sí bueno en determinadas situaciones es necesario una internación para desintoxicación, entonces hay determinadas situaciones en las que el camino es ese y después viene todo lo otro, es decir para poder pensar alguna institución, para poder pensar algún tratamiento ambulatorio.

Muchas de estas situaciones también, por lo general en adolescentes, llegan a los hospitales o llegan aquí con alguna cuestión judicial de por medio con algún pedido de protección de personas o de periodo de evaluación en hospital por parte de la familia para con ese familiar, entonces eso también condiciona cómo se va dando ese acompañamiento.

M: ¿Quiénes definen qué estrategias utilizar?

P: Siempre se piensa en conjunto y también siempre con el trabajo que a veces es un poco complejo, pero bueno es la idea, la apuesta es a eso con los hospitales digamos, porque el hospital también evalúa si están dadas las condiciones para esa internación o no, también allí interviene todo un equipo que conjuntamente piensa y evalúa en qué momento a veces coincidimos y a veces no, pero bueno en determinadas situaciones donde el usuario quien está afectado por este consumo problemático no llega o no quiere llegar, no quiere hacer un tratamiento o no puede, porque no sé si es que no

quiere sino que muchas no puede, bueno en eso sí también está que ya tenemos digamos obviamente la estrategia o planificado el escuchar a ese familiar, darle posibilidades de una continuidad en entrevistas y acompañarlo o asesorar para que vaya al centro territorial de denuncia o se acerque hasta tribunales para pedir la protección de persona sí corre el riesgo de la vida de ese usuario o de otros. Eso sí, ya está como, ante esas situaciones sí son esos pasos previo a un tratamiento.

M: Se me ocurre preguntarte sí hay conflictos en el trabajo interinstitucional que realizan, por cuestiones de decisiones que se toman o se quieren tomar.

P: ¡Sí! por lo general sí, pero esto es inherente al trabajo, acá también entre nosotros. Pero eso es inherente del trabajo porque las condiciones de atención en modo de llegada de los usuarios todo es diferente en el primer nivel que en el segundo nivel, los tiempos son distintos, por lo general para una internación no sólo está el equipo de Salud Mental del hospital, sino que está todo el equipo de la guardia, todo el equipo de internación y hay que hacer coincidir todas esas instancias, entonces bueno a veces se hace difícil y hay conflictos. Porque también tiene sus condiciones el hospital por sí tiene cama para esa internación, también se piensa esa internación como un último recurso y eso en función de la Ley. Lo mismo que la internación en una institución y que el usuario no esté en su casa, son definiciones que se toman luego de que otras estrategias no han funcionado o la situación es muy compleja porque hay peligro de vida o hay peligro de daños a terceros, entonces se toma esa definición. Pero eso sí, por lo general genera conflicto porque somos instituciones cada una con sus equipos y con sus tiempos y a veces los criterios pueden diferir. Pero bueno teniendo en cuenta siempre la Ley, eso sí, al menos de mi postura, eso es lo que nos encuadra y lo que nos orienta en nuestras prácticas, por fuera de eso estaríamos más complicados todavía.

M: ¿Qué se busca alcanzar mediante dichas estrategias?

P: En principio darle lugar a esta situación, acompañar. Es muy difícil plantearse un objetivo porque es difícil separarlo así como del usuario y de lo que uno espera. En principio que esa situación sea escuchada y acompañada y se pueda realizar algún tratamiento, sostener un tratamiento sería el horizonte; en lo posible.

M: ¿Trabajan con otras instituciones del barrio?

P: Sí, con la escuela más a nivel secundario que trabajamos continuamente, también está la biblioteca popular, sí nosotros pensamos en algún espacio para ese paciente con el que estamos trabajando hablamos con la biblioteca, la biblioteca sí surge alguna situación nos comenta, después está la vecinal Parque Casas, hay otra vecinal en calle Medrano, los clubes; el club Esparta, el comedor. La idea es que uno pueda contar con esos espacios y que sí alguna situación surge en esos espacios ellos se puedan acercar y puedan referenciarse con nosotros y pensar juntos.

M: ¿En relación a las personas afectadas por los Consumos Problemáticos, qué lugar ocupan en el abordaje que realiza el equipo interdisciplinario?

P: No se trata de que nosotros le digamos al paciente qué hacer, cómo hacerlo, porque no hizo tratamiento, sino que es ofrecer el espacio que muchas veces eso es tomado y muchas veces no.

M: Con respecto al posicionamiento, ¿se trabaja con la perspectiva de Reducción de Daños?

P: Si

M: ¿Y qué crees que aporta está perspectiva?

P: Y... esto que te decía, no imponer determinados modos de vida o determinadas formas o determinadas cuestiones que muchas veces tienen que ver con las cuestiones morales que empiezan a intervenir allí sino poder escuchar lo que le pasa el otro y hasta donde puede lograrlo el otro, y que eso sea respetado digamos, porque bueno, estamos para garantizar esos derechos y no para decir desde un lugar moral, o para evangelizar, de convertir a nadie.

M: Otra cosa que me interesa saber, es si a través del abordaje que realizan, se logran alcanzar cambios significativos en las vidas de las personas afectadas por los Consumos Problemáticos.

P: Sí hay algunas situaciones en las que se ha podido sostener el tratamiento, se han conectado con otras instituciones y el paciente ha podido hacer otra cosa en su vida, sí, pero bueno se precisa también, porque acá no queda sólo en ese usuario, toda una red de otros que no sólo son las instituciones sino la familia, amigos y que sí eso no está es muy difícil que se pueda realizar un cambio, que se pueda pasar a otra cosa.

M: ¿Desde tu punto de vista crees que hay algo que sea necesario cambiar y/o mejorar en el abordaje que realizan?

P: Esto de que existan alternativas a la internación, alternativas a estas organizaciones que son abstencionistas con las que la municipalidad tiene convenio, que va en contra un poco de lo que planteamos desde la reducción de daños, que hayan estas otras alternativas, estas otras redes, que se puedan generar más equipos y más espacios, porque bueno es una dificultad muy grande o una de las problemáticas muy grandes que está atravesando la ciudad, bueno no sólo la ciudad, sino a nivel mundial. Pero bueno, que haya otras alternativas, lo cual está escrito en la Ley, digamos que está ligado al trabajo, a tener un lugar para vivir, que son cuestiones fundamentales para poder sostenerse.

M: Para finalizar está entrevista, te pregunto ¿Cuál es el rol del Trabajo Social en el abordaje de los Consumos Problemáticos?

P: ¡Cumple un rol fundamental! yo pienso un trabajo en conjunto, con muchas de las situaciones que llega a este espacio porque no lo pienso o al menos no se piensa de este equipo como... porque está muy en el imaginario digamos de las cuestiones materiales de existencia, sino pensarlo como esto, como parte del equipo y parte fundamental del trabajo con las familias, ante estas situaciones y ante muchas otras digamos, situaciones de abuso, situaciones de violencia, o aquellas familias que están más complicadas en varios aspectos digamos sí o sí lo pienso en la estrategia o en la intervención junto con la trabajadora social o el trabajador social.

M: Muchas gracias por tu tiempo y por toda la información que me brindaste.

Entrevista realizada a una Enfermera y un Enfermero del Centro de Salud Casiano Casas.

Fecha: 29/05/2023

Hora: 14hs

Duración: 59 minutos.

M: Para dar comienzo, me gustaría saber: ¿Cuál es su profesión? ¿Hace cuánto trabajan en el Centro de Salud Casiano Casas?

EO: Soy enfermero y trabajo en el Casiano Casas desde hace cuatro años y medio, para cinco.

EA: Soy enfermera y trabajo en el Casiano Casas desde el año 2011.

M:¿Saben sí hay registros sobre las situaciones de consumos problemáticos que llegan al Centro de Salud?

EA: Nosotros lo que hacemos cuando viene un paciente, al menos te digo desde la práctica, cuando viene un paciente que consumió y viene porque se siente mal y sabe, digamos, se asusta por el exceso del consumo y del síntoma que tiene, es recibirlo, controlarlo y se registra en el sistema de la muni con D.N.I del paciente sí lo quiere dar, que la mayoría de las veces lo da, y admite digamos el consumo, porque nosotros siempre le planteamos esto “no nos interesa saber sí consumiste pero sí, que consumís para saber qué podemos hacer para ayudarte, sí vos no nos decís lo que consumís o mezclaste, no podemos ayudarte”. Entonces a la larga, en algún momento lo dicen, al principio repiten que no consumieron y se trabaja sobre la sintomatología infiriendo que consumió, pero no sabes que, hasta que en algún momento cuando ve que no avanza la situación te dice, sí, sí consumí, que consumieron y a veces lo que dibujan mucho es desde cuando están consumiendo.

Esto se registra en el sistema de la muni que uno dice paciente que refiere consumo, pero después sí eso se engloba en otro lugar... ósea uno lo toma como el paciente que recibió para que quede registrada nuestra atención, no porque está en estudio o se hace estadística de consumo sino para que quede registrada la atención; el sistema es el SIS Sistema Integrado de Salud que es de la muni, uno carga el D.N.I del paciente, queda el registro de quien lo atiende, y abajo hay una serie de opciones, hay una serie de prestaciones bastante acotadas, toma de presión arterial, de acuerdo a la profesión del que carga y entonces ahí se pone...Por ejemplo hay un ítem que dice: Entrevista, observación, examen físico, donde uno pone los síntomas del paciente, la Tea, la saturometría, después hay otro ítem que sí se puede poner la medicación intravenosa uno le pone, el médico que se llamó porque no es que queda entre nosotros, nosotros después buscamos un médico.

EO: También, se recepciona, se toman los datos, se controlan los signos vitales y se trata, sí tiene profesional a cargo se busca sí está, sino se habla con quien más esté a disposición. Gracias a Dios hasta ahora funciona bien lo que es la parte de psicología y la parte de psiquiatría que lo están abordando mucho.

M: ¿Estas situaciones se manifiestan de manera directa o por medio de terceros?

EO: Yo he visto muchos casos que llegan en la mañana por abstinencia, o por agresiones de consumo por no consumir, todos cortados. Dicen que se sienten mareados, con náuseas, con dificultad respiratorias y cuando vos le entras a preguntar dicen no pero después dicen “sí hace tres o cuatro días que no consumo”. Muchas veces vienen acompañados, cuando vienen muy mal, si no vienen solos. Hay muchos que son chicos de la calle.

EA: Ha pasado de algún familiar, que en realidad vienen suponte porque dicen -estoy mareado, me siento mal ¿me puede tomar la presión?, y cuando vos les decís - Mira la presión está medio alta y le preguntas ¿sos hipertenso? y te dice que no, le preguntas ¿Pasó algo, estuviste nervioso, o un mal momento?, y entonces te cuenta que el hijo consume, que le roba las cosas de la casa para venderlas para... y que se fue unos días de viaje a visitar a alguien y cuando volvió en la casa le faltaba esto, lo otro y lo otro, pero no viene a traerlo al familiar, te dice que tiene ese problema y que no tiene solución a eso ¿me entendés?, o el hermano que trae un chico caminando, y decía que se sentía mal. El hermano que estaba en mejores condiciones que él y decía que ya le pasó eso y repetía “ayúdenlo, ayudenlo”, lo cual termina en la interconsulta, en una semi internación acá, donde viene el médico de cabecera, sí está justo ese día el psiquiatra viene y hace un evaluación, sí está la psicóloga cuando deja de atender a sus pacientes lo ayuda, pero queda acá a cargo nuestro y del médico y en general deriva en que después se llame al SIES, lo internan, hacen una deshabitación, pero vuelve a la misma casa, al mismo barrio, al mismo grupo, entonces ya sabes que va a volver al consumo. Porque no es que desde ahí después de la deshabitación vos sabes que lo internan en un lugar para hacer un tratamiento un poco más complejo ¡no! creo que lo internan siete días, una cosa así, y vuelve a la casa, a la calle. Supongo que lo hacen con la idea de que venga al Centro de Salud que corresponda a verse con psicología, porque en realidad los otros niveles lo tratan como “bueno, este es un problema del barrio”. Cada nivel, digamos, hace lo que le corresponde según su trabajo, ponele vos caes en un hospital te hacen la deshabitación, sí de ahí te aceptaran en un psiquiátrico tipo Agudo Ávila, que se yo, hacen otro tratamiento, pero después el paciente vuelve a su realidad, y la realidad lo trae de vuelta al centro de salud

M: ¿Qué sustancias se consumen? ¿Cuál es la predominante?

EO: Consumen cualquier cosa, mucho pegamento, mucho alcohol con pastillas.

M: En relación a la institución; ¿Saben cuál es la mirada que tiene el Centro de Salud Casiano Casas sobre los Consumos Problemáticos?

EA: Y... eso es amplio. Lo que pasa es que... ya te digo, estamos en esto que cada nivel de atención, nosotros somos el primer nivel de atención de salud los Centros de Salud, después está el hospital Alberdi que no tiene complejidad en la internación como segundo nivel y después tendrías los otros como el Heca, el Centenario, el de Baigorria que tienen mayor complejidad porque se habla de una terapia, pero en ningún lugar del sistema está preparado, me parece, para el volumen de pacientes con consumo de cualquier sustancia.

Nosotros planteamos que uno hace esa atención en ese momento con el paciente, pero el paciente vuelve a la casa, a la calle y ahí sea la adicción que sea, suponte vos consumís alcohol y volves al barrio y tus amigos te invitan a tomar una birra, lo más probable es que vos quieras ir a tomar esa cerveza, no que vayas y digas “no, no puedo, no quiero, no tengo porque quiero correrme de este lugar”. El tema es que sí vos quieres correrte de ese lugar, en el barrio qué hay para que vos puedas, eso es lo que pasa acá, ósea la perspectiva o la idea de ayudarlo está al paciente pero lo que no me parece que no hay en el sistema es todos esos lugares que serían de recepción del paciente una vez que vos le hiciste la primera atención, que hiciste la escucha en ese momento de crisis, que hiciste la deshabitación en un segundo nivel, lo que fuere y después el paciente vuelve. Pero, tendría que haber en los barrios el lugar donde volver.

Nosotros le demos la atención que le demos al paciente después vuelve a su realidad, entonces la perspectiva es mala, ¿me entendes? la perspectiva es: va a volver en las mismas o peores condiciones, acá o a otro lugar porque sí vos no tenes una estructura familiar que contenga muchas veces.

Vamos a suponer: Está madre que vino y dijo “mi hijo me vende, me robó las cosas”, vos decís que sí capaz que sí el hijo se interna, se le hace la deshabitación, cuando ella lo recibe en la casa lo trata de apoyar, ayudándolo con algún laburo, buscándolo, pero sí este vuelve y en la casa también consumen, o hay otros problemas, bueno... En la mayoría de los lugares el problema es el mismo, que no es una persona la que consume en la casa sino que son muchos. Capaz que el que no consume drogas suponte es el padre y la madre pero capaz que el padre hasta incluso ante la realidad que tiene consume alcohol, la madre capaz que termina siendo el único sostén de la familia y

entonces cuando vuelve de todo eso, vuelve a los mismo, porque vuelve a una casa donde la madre está todo el día trabajando, el padre trabaja y cuando vuelve consume alcohol y entonces la junta es el otro amigo. Entonces la perspectiva es mala por donde lo mires, por qué, porque el sistema hace la contención en ese momento de crisis, ya sea física o psíquica pero después no tiene nada para darle.

M: ¿Qué impacto generó y genera la Ley de Salud Mental N° 26.657 en el trabajo cotidiano ante dichas situaciones?

EO: Con la nueva Ley de Salud Mental como que se desvirtuó todo porque eso de las divisiones para tratar la salud mental y a veces no estamos preparados, osea la estructura no está preparada para la atención de ese tipo de pacientes. Como dice la compañera, se lo atiende, se lo estabiliza pero después siguen con la problemática que hay, que no hay trabajo, que no van a la escuela, y vuelven acá.

M: ¿Cuando una situación de Consumo Problemático se presenta en el Centro de Salud; ¿Quiénes intervienen?

EA: En realidad todos me parece.

EO: Porque cuando viene un paciente que está descompensado lo primero que hace es golpear la puerta acá de enfermería, se lo controla, calmar y llamar al médico, y en base a lo que el médico dice hacemos, si se decide recuperar acá se recupera y después se sigue con los equipos como estamos y si no se deriva. Por lo general a donde van es al Alberdi pero no tiene la complejidad de internación, más que pasarle un suero para estabilizar salvo que esté muy comprometido la parte más organiza se manda a otro lugar, si no queda ahí, y está tres, cuatro días hasta que se recupera y después vuelve al mismo ámbito.

EA: Y bueno, en eso intervienen todos; seguridad que lo trae, administración que controla cómo se desenvuelve todo en el Centro de Salud que muchas veces le dice a los pacientes que van a tener que esperar para una atención en enfermería porque vino una situación de crisis, el médico que deja lo suyo y vienen acá, la psicóloga que deja lo suyo y viene acá, y esto viene a ser un epicentro de la crisis y muchas veces eso lleva toda la tarde hasta que el SIES viene, cuando nos vamos o después del horario de cierre, porque como no es un infarto, no es un código rojo que es el accidente de tránsito por ejemplo, y esto es una situación de crisis subjetiva o como vos lo quieras llamar y

muchas veces el SIES viene ocho, ocho y media de la noche y después muchas veces está que no consiguen camas porque es un volumen de pacientes y que muchas veces se consigue la cama y el paciente se interna en otro nivel se escapa para volver a consumir, entonces muchas veces el otro nivel tampoco quiere. Se escapa porque después de dos o tres días sin consumir quiere consumir, entonces se escapa y vuelve acá muchas veces porque se sigue sintiendo mal. Es un círculo de nunca acabar.

M: ¿Hay prioridad de alguna disciplina/profesión para comenzar a abordar las situaciones que se presentan? ¿Esto a qué se debe, bajo qué criterio se organiza de esta manera?

EA: Y.. el médico, porque vamos a suponer; el paciente entra, seguridad lo más probable es que lo traiga a enfermería y nosotros hacemos como te dijo él, todo lo que son signos vitales, hacemos como un pequeña entrevista para saber qué consumió, ver cómo se siente, cuál es su médico, y sí el médico de cabecera está y es de nuestro Centro de Salud buscamos a ese médico, porque por lo general el conoce toda la historia familiar y él como que decide cómo manejar la situación, pero en general siempre termina llamando al SIES porque vienen cuando ya está ya muy mal desde lo físico ¿me entiendes?, sí es el síntoma que ellos ya conocen que les da el consumo se quedan en la casa, se cortan y vienen unos días después todos cortados para que vos los cures, pero sí vienen descompensados en ese momento en general sí está el médico de cabecera vos lo llamas pero queda acá y nosotros hacemos el seguimiento mientras el médico decide sí lo deriva con el SIES, atiende a sus otros pacientes, te dice bueno ponele una vía, vamos a darle está medicación y en eso interviene , sí está porque ya te digo no todos los días tenemos, la psiquiatra. Aunque ella también está limitada en lo que puede hacer acá y... psicología acompaña.

M: ¿Reciben capacitaciones en relación a la problemática de los consumos?

EO y EA: ¡NO!

EA: Nada.

EO: Vamos manejando las situaciones y aprendiendo de los equipos.

EA: En realidad, me parece que nosotros no estamos preparados para este nuevo panorama, sí se quiere poblacional o de situación, porque cuando estudiamos la carrera vimos psiquiatría como un módulo, en un punto de la carrera, pero a nosotros

supuestamente nos preparan para lo físico o lo fisiológico del paciente, cuando el paciente está internado. Nosotros acá se supone que en APS estaríamos haciendo vacunación, vacunación en terreno, pero no recibiendo esto. Esto es la realidad que nos atraviesa y que ni la carrera, ni el lugar que nos asignan como trabajadores nos capacita. Nosotros tenemos capacitaciones pero siempre vuelven a lo mismo, a vacunación, a lo que es inherente a nuestra profesión, pero no a esto que socialmente nos está atravesando desde hace años y empezó a ser una cotidianeidad, pero para esto no se nos preparó. Porque me parece que como el sistema no tiene nada para dar, no te puede decir vos vas a recibir al paciente en la crisis, vas a tener un psicólogo que lo va a acompañar, un médico que lo va a acompañar, después lo va a derivar el SIES a tal lugar, porque no hay nada de eso.

Hace un tiempo nosotros pedimos un acompañamiento de Salud Mental porque hay mucho de esto, digamos, y a parte todo lo recibe después Salud Mental pero nos dijeron “bueno, sí, vamos a ver” y nada. Entonces sobre la práctica vos vas aprendiendo cómo manejarte de acuerdo a la sintomatología, es esa misma práctica la que te va dando un poco de herramientas, pero después... No se nos capacita, yo creo, en parte que uno es una de las deudas que tenemos nosotros la capacitación constante, pero bueno eso tiene que ver más con nuestra profesión ¿me entiendes? que nuestros propios compañeros, nuestros colegas, los que nos representan hagan que se nos capacite constantemente, pero quedamos con lo de la facultad y después vos podes hacer cursos o cosas así pero son como aisladas y ya te digo esto es una realidad.

Es lo mismo que sí vos... ahora todos los barrios por esto del consumo y demás están a los tiros y ¿qué pasa? nosotros, ponele, yo que trabaje en una guardia, capaz que él que trabaja en un SAMCO ha recibido algún tipo de accidente, no se sí todos los enfermeros de un Centro de Salud están capacitados para recibir un paciente baleado que es producto de la situación de consumo, o de la venta.

Por eso te digo, no sé sí estamos preparados para eso, para la realidad que... ósea, te prepara... es como que te prepara la propia realidad, pero después tienes que lidiar con todo eso porque el paciente no viene sólo, viene con un familiar que muchas veces te amenaza... Me parece que uno termina sacando la situación adelante pero no resolvió un problema de fondo y cada vez estamos más expuestos nosotros, todos los trabajadores de salud que estamos en el terreno donde no hay nada.

M: Mencionaban que tienen reuniones de equipo, ¿eso es a nivel general?

EO: Son dinámicas.. Son los martes. Se sienta y cuando hablan problemáticas que involucra o que tiene que estar comprometido el grupo se habla, pero sino se van tocando distintos temas, pero esto está ahí, no algo que se trabaje.

M:¿Y ustedes forman parte del abordaje de alguna situación de Consumos Problemáticos?

EO: Se llaman miniequipos pero en este momento no está funcionando como un equipo. Yo particularmente nunca participé, porque hay tantas cosas de enfermería para hacer que por ahí...algunos pacientes puntuales por otras cosas que atendemos, como para decirte que tomar una medicación determinada, que está más afín con un enfermero que con otro.

M: Otra cosa que me interesa saber, es si a través del abordaje que se realiza, se logran alcanzar cambios significativos en las vidas de las personas afectadas por los Consumos Problemáticos.

EO: Y... algunos hay, pero te queda la duda, porque desaparecen. Pueden pasar dos cosas: O que vienen con un cambio radical que han cambiado al 100% y lo atribuye muchísimo en la iglesia evangelista y otros que han venido peor en decadencia con otras enfermedades. Eso es lo que yo he visto acá y en varios centros de salud. No los sigo a los pacientes pero también, capaz que en un centro de salud veo una persona y viene vos no lo conoces y te dicen “te acordas cuando me viste, bueno gracias a Dios” o al que sea me quise recuperar, me metí en tal grupo y gracias a eso estoy. Y hay otros que están peor, irreconocibles porque la cirrosis o enfermedades, por el deterioro de la droga.

M ¿Desde su punto de vista crees que hay algo que sea necesario cambiar y/o mejorar en el abordaje que realizan?

EA: Deberíamos tener más especificidad de acuerdo a los lugares, aunque está bueno que vos sepas un poco de todo, capaz que a mí lo que me dieron en la facultad de niño y materno infantil quedó ya muy guardado porque acá es muy poco lo que puedo usar y capaz necesitaría que se me capacite en adicciones, en salud mental, y esto es algo que siempre está en el tintero, cuando vos lo planteas para arriba te dicen que lo están pidiendo, lo están viendo.

EO: Para mi es necesario volver a las bases, la contención familiar, a la educación.

M: Para finalizar esta entrevista, me gustaría saber ¿Cuál es el rol del Trabajo Social en el abordaje de los Consumos Problemáticos?

EA: Ustedes son necesarias, re necesarias, el tema es que también están limitadas en el accionar y desbordadas porque ya te digo es una problemática de muchos pacientes y son como somos nosotros son polivalentes. Nosotros no tenemos una especialización, nos recibimos como enfermeros o Licenciados en enfermería y ustedes como Trabajadores Sociales pero es tan amplio el campo que después se nos manda y se los manda a ustedes a trabajar frente a una multifactorial de cosas que uno dice bueno atiendo esto, atiendo aquello y se me escapa esto, priorizo esto, se me escapa lo otro... y la demanda es constante. Entonces ahí, como dice mi compañero, recupera uno de tantos, porque capaz que ese fue el que justo en ese momento el paciente tuvo la voluntad, los astros se alinearon y algún lugar donde se tenían que acomodar los papeles o generar la cama o abrirse lugar para que entrara, que hay veces que lo hace porque la TS está tratando de ver a qué lugar de internación mandarlo, no la deshabitación porque eso se hace en cualquier hospital, sí no el después, el no volverlo a la casa, porque vuelve a lo mismo. La ts muchas veces dice en la reunión de equipo cuando se plantean, bueno, que pasó con tal paciente, se habló en la reunión de distrito de tal paciente y estamos tramitando tal lugar en tal lado pero nos dicen que no es para ese nivel, que es violento por esto que tiene en el historial... Y sí, el paciente que consume en general tiene un historial, o fue violento o estuvo preso o hizo esto y entonces bueno sí todo fueran “carmelitas descalzas” no consumirían. Ahí es donde ella también está limitada y le aceptan uno cada tanto y el otro vuelve a la casa. Y entonces es ahí donde el sistema falla y hace aguas, porque lo que más parece ayudar y no está en el sistema es la iglesia, que es como ya te digo, es como un lugar que parece que vamos y ahí sí encontramos la contención, ahí sí el pastor escucha, ahí sí el pastor estar, y ni siquiera la iglesia Católica porque la mayoría de los que han salido te dicen fui a la iglesia Evangelista y el pastor me ayudó, el pastor me escucho, mi familia fue conmigo, ósea que la iglesia está cumpliendo este rol que el Estado no está pudiendo cubrir.

Acá todos somos fundamentales, todos los miembros del equipo, sea la psicóloga, la psiquiatra, la asistente social. Porque capaz que a vos te parece que en ese momento de la crisis vos no sos de utilidad, sí no sos de utilidad para ponerle el suero o la vía pero después hay que hacer todo un trabajo con el paciente para que no consuma de vuelta y no vuelva, pero sí el Estado no te brinda un lugar para recibirlos dónde puedes actuar

vos como asistente social... Yo no sé si es que ustedes se tienen que multiplicar, pero sí capaz que tendrían que estar más especializados de acuerdo a donde lo mandan a trabajar, digamos bueno yo me dedico a esto, porque por más que quieran no pueden dar a basto a todo, es un abanico tan amplio lo de ustedes.

A nosotros nos pasa como a ustedes, nos forman para estar en todo y después ahí es donde se diluye también la posibilidad de una especialización de lo que vos querés ¿por qué? porque al no haber una especificidad tampoco hay nada que abone ese terreno de decir “bueno, yo me especializo en esto, hago el curso de esto, me informo sobre esto, sobre los lugares donde puedo trabajar, sobre los lugares donde puedo llevar a mis pacientes” ¡No!. Capaz que nuestro estudio fue para otro momento, donde nosotros éramos más multifacéticos y más útiles en esa multiplicidad.

EO: En el caso nuestro una asistente social está en una comunidad muy grande, ósea yo lo que veo es que acá se trata de hacer lo más posible pero esto es una población muy grande y no hay un seguimiento. Ósea, a ese tipo de pacientes al no abordar y quedar acá y no tratar de reintegrarlo es como que pasó y ya pasó, salvo que justo caiga en una familia que haya una problemática social muy grande y se lo pueda seguir, eso es lo que yo veo, después más que esto no se puede hacer, porque como que esto es una a pata, sí bien dice la definición biopsicosocial no está enlazadas y entonces el individuo cae acá por algo biológico y después cuando vos le pediste que se vea la parte de salud mental para ver cómo le acomodas eso, y después salud mental... Para mí la nueva Ley de Salud Mental está mal porque lo agrupó en un todo y no es un todo, por eso mismo en Salud Mental está determinado eso, y después no hay otras cosas para sacarlo y que siga en otro camino, que vaya a la escuela, que busque un oficio, eso es lo que yo veo, que es tan grande y son pocos.

M: ¿Hay una sola Trabajadora Social en el Centro de Salud Casiano Casas?

EO: ¡Sí!. Ella tiene que encargarse de las situaciones sociales de un paciente que viene y no está documentado o que no tiene para el colectivo y necesita para ir a hacer estudios, cuando le consigue una pensión llevarlo la primera vez y enseñarle cómo tiene que cobrar, como manejarse, buscar documentación porque la mayoría vienen de otra localidad, de otro pueblo, y no te da. Ósea sí vos tuvieras tres o cuatro asistentes sociales, que uno se encarga de adicción, otro de la parte de vestimenta y comestibles, y

otro de la parte de papeleo sería otra cosa. A lo mejor un paciente te lleva un mes hacerlo y ¿los 6000/7000 que tenés?

M: ¿Algo que quieran agregar?

EA: Que para mí el sistema está haciendo aguas por todos lados. Hay muchas cosas que tienen que cambiar para que vos puedas decir “esto va hacia otro lugar”, tiene que cambiar todo. Lamentablemente la droga es un negocio que le conviene a muchos y le genera mucho dinero a gente que nosotros nunca vamos a poder tocar, mueve la economía, mueve la política porque financian políticos. Antes se veían estas cosas en la tele de otros países y ahora es lo que pasa acá, y hace rato que pasa acá, sólo que no nos dábamos tanta cuenta, pero hace rato que pasa.

M: Muchas gracias por su tiempo y por toda la información que me brindaron.

OA: Esperamos que haya servido.

OE: ¡Suerte! Sí necesitas alguna otra cosa nos avisas.

Entrevista a una Médica Clínica del Centro de Salud Casiano Casas.

Fecha: 30/05/2023

Hora: 10 hs

Duración: 40 minutos.

M: Para dar comienzo, me gustaría saber: ¿Cuál es tu profesión? y ¿Hace cuánto trabajas en el Centro de Salud Casiano Casas?

MC: Soy Medica Clínica y trabajo en el Casiano desde enero del 2015.

M: ¿Sabes si hay registros sobre las situaciones de consumos problemáticos que llegan al Centro de Salud?

MC: Mira, desde que está el sistema hay un código que es el “Z” relacionado con problemas de consumos de alcohol, de tabaco, como que está como para poder registrarlo, ahora como en general sí no es por ese registro no hay una forma unánime para poder tener un registro real de ese motivo de consulta, digamos, en el Centro de Salud es difícil dar un número.

Hay formas de registrarlo, digamos, eso desde el 2015 el sistema está, hemos mejorado todos en tratar de registrarlo, ósea sí vos quisieras saber desde el 2015 cuantas personas

consultaron, sí eso fue registrado podrías buscarlo por algunos códigos. Después nosotros tenemos en el Centro de Salud distintas formas de tener registro de motivos de consultas, con algunas otras cosas es más sencillo porque a lo mejor vos quieres saber la población de personas con diabetes que generalmente toman una medicación y mirando en farmacia vos ya podés saber cuántos pacientes tienen esa problemática, ahora como la problemática de consumo es además muy amplia, primero que tiene que ser una problemática porque a veces existe consumo sin ser un problema... es como que hay una amplia variedad, que te consulte alguien por consumo problemático podría registrarlo de una manera y saber, ahora cada uno de nosotros tenemos un, digamos, un registro de nuestros pacientes que esa problemática es quizá la principal en la consulta porque muchas veces vos tenés que no es la principal consulta y en realidad vos en la entrevista con el paciente lo problematizas ¿se entiende la diferencia? Es decir, que el motivo de consulta sea ese o que en realidad en otra consulta por otra cosa surja.

M: ¿Estas situaciones se manifiestan de manera directa o por medio de terceros?

MC: Y... Hay distintas formas porque a veces es de terceros cuando esa problemática trajo otras consecuencias, ósea consecuencias a lo mejor familiares, consecuencias laborales, consecuencias con la ley, ahí es cuando a veces es de terceros. Pero, en mi experiencia, que una persona venga a pedir ayudar en la consulta eso ha ocurrido cuando que eclosionó; por ejemplo una disrupción en un vínculo afectivo, sea una pareja, sea por problemas que ven reflejado en los hijos o al revés en los padres, o le está trayendo problemas a nivel laboral o en su vida cotidiana.

M: ¿Cuál es la población afectada por esta problemática?

MC: Mira, a nosotros los jóvenes con mayor problema de consumos a veces no llegan, vos sabés que están porque te cuenta el familiar. Después en general cuando alguien viene a presentarlo como un problema es que ya elaboró algo antes previo con un otro, y en mi caso muchas veces pasa que en la consulta por otra cosa se problematiza, ósea eso es en mi experiencia bastante frecuente, que a lo mejor viendo, que se yo, que tiene una serie de accidentes o te plantea problemas que tiene y está el consumo que se manifiesta.

M: ¿Sabés qué sustancias se consumen? ¿Cuál es la predominante?

MC: No te sé decir con certeza qué es lo predominante porque por lo general es una

combinación, ósea actualmente nadie consume sólo alcohol, sólo mariguana, ósea es menos frecuente que alguien consuma una sola cosa, porque se mezcla todo.

M: En relación a la institución; ¿Cuál es la mirada que tiene el Centro de Salud Casiano Casas sobre los Consumos Problemáticos?

MC: Y eso lo hablamos bastante... Yo te puedo decir primero lo que yo pienso y me ha pasado. Me ha pasado de que cuando alguien consume y no lo piensa como un problema en general es una manera de canalizar un placer o algo que no encuentra en otro lado entonces... como penalizar el consumo por el consumo en sí ¡no!, es porque algo pasa, ósea como así alguien, que se yo, acude cuando algo le pasa a una iglesia y es todo más místico digamos y su lugar de refugio es la iglesia, en otros es el deporte y encontras gente que hasta se lastima de exceso de deporte, y hay gente que trabaja en exceso, ósea son diferentes formas de canalizar los placeres y también angustias, entonces el consumo en sí, sí vos lo tomas biológicamente por así decirlo bioquímicamente ¡estás en problemas! porque es más complejo y no podes ,en general, no lo podes abordar igual a todas las situaciones, eso para mí es como algo que cada situación tiene particularidades y quizá sea una de las cosas o de las problemáticas en salud que más tenes que tener en cuenta eso, ósea vos tenes alguien con diabetes y decís bueno es esto, esto y esto, tiene que comer sin azúcar, tiene que hacer ejercicio, pero alguien te consulta por consumo y no podes dar esa receta, no hay una receta más armada de eso, es un construcción y tiempo... es un proceso. Para eso necesitas también de otros, de instituciones porque el consumo no ocurre en el momento que viene al Centro de Salud es un problema crónico, ósea todas las enfermedades crónicas transcurren en el donde la persona habita, entonces pensar que sólo de una institución de salud vas a hacer todo es también una utopía, entonces en general en lo que más nosotros nos complicamos es porque a veces cuando buscas un otro con quien trabajas hay cosas armadas, entonces a lo mejor vos decís bueno tenes un lugar cerrado pero está persona no es para esto, y vos tenes para ofrecerle eso, carpintería y no le gusta la carpintería, entonces esa red de a ver con quien contas es el trabajo mayor que hay. Entonces cuando nosotros tratamos de buscar un esquema de cómo haríamos, porque es lo que siempre te preocupa porque decís qué hago ante esta situación y no hay una receta, la tenes que construir, y a veces eso es tan difícil de explicar porque hay distintos niveles de gravedad, ósea sí alguien viene y te consulta porque consumió y está en riesgo su vida vos vas a hacer determinada actuación quizá tengas ahí que internarlo y

quizá sea la menor cantidad de personas que necesiten eso. Ósea de ese extremo a que alguien esté poniendo en riesgo su vida y el de tercero eminentemente hasta lo más habitual que es que en realidad hay un riesgo de salud, de perder ciertos vínculos.

M: ¿Existe un marco legal que determine las intervenciones por parte del Centro de Salud ante las situaciones de Consumo Problemático?

MC: En general vienen familias que dicen “lo quiero internar”, esa es la forma en que vienen y nosotros sabemos que ninguna internación resuelve un problema crónico sólo en un caso en que vos veas que corre riesgo su vida y la de terceros, y eso sería basarse en el marco de la Ley de Salud Mental.

M: ¿Qué impacto generó y genera la Ley de Salud Mental N° 26.657 en el trabajo cotidiano ante dichas situaciones?

MC: La Ley personalmente a mí me parece maravillosa, pero nos faltan instituciones que puedan contemplar estas situaciones, las instituciones de medio camino, los lugares donde alojar estas problemáticas.

Te cuento, por ejemplo, en un momento estuvo La Estación que era un lugar que teóricamente en principio era para evaluar y que puedan concurrir los jóvenes. Se los buscaba porque La Estación queda súper lejos de acá, entonces se buscó la forma de que alguien los viniera a buscar pero tenes que lograr que alguien que no tiene un orden en su vida esté en el lugar que lo vayan a buscar, después que en ese transporte no eclosione, porque ha ocurrido que han quemados las cortinas del transporte, ósea cosas que ocurren y que nadie quiere hacerlo entonces es muy importante poder trabajarlo con una red, donde haya varias instituciones y la Ley de Salud Mental permitió esto de las puertas afuera pero faltan esas puertas afuera porque por ahí vos necesitás hacer un trabajo más en el territorio y hay gente que tiene que ir a ese territorio y entonces es maravillosa la Ley pero quizá en este momento no tenemos todos los recursos para que eso sea así, porque para que eso sea así necesitás acompañar. Era mucho más sencillo el encerrarlos, y vos sabes que eso puede ser para alguien, no es que... las instituciones de puertas cerradas pueden resultar para algunos casos, pero no es en la mayoría y la Ley de Salud Mental lo dice, pero ¿dónde sería? ¿Quién acompaña? para que eso ocurra. Para eso necesitás una familia que pueda contener eso, o sino tenes que reemplazarlo con alguien que pueda acompañarlo, que sí bien existen los acompañantes y todo no da abasto.

M: ¿Reciben capacitaciones en relación a la problemática de los consumos?

MC: Ehhh, sí, sí ha habido. Ósea hay capacitaciones a lo largo del tiempo, está considerada como una de las cuatro causas más importantes del problema de salud en la población. Es difícil expresarlo, pero como a las herramientas tenes que utilizarla diferente con cada sujeto, cada persona en particular, tenes que tener tiempo, que eso es lo que casi siempre falta, ósea vos podés saber lo que tenes que hacer pero lo primero que tenes que saber es que le pasa a la persona y eso lleva tiempo de descubrirlo, poder contar con el lugar donde la persona pueda hacer eso. Te doy un ejemplo; un joven que le encanta, no sé el deporte, le gustaba fútbol y eso lo perdió y está consumiendo y que en realidad lo que lo motivó siempre es eso, decís bueno vamos a ir por ese lado, no le vas a dar un curso de carpintería, y a lo mejor esa construcción es la que cuesta, no sé sí soy clara, ósea que todos coincidimos en la forma que debería ser pero al momento de tratar de implementarlo te da la sensación, que es lo que nos agobia, que no hay nada que alcance, que no hay nada que te pueda ayudar a contenerlo, ósea a veces puede ser que el joven que tiene este problema no podría ser en la institución que tenes el en barrio porque tiene un conflicto con otro que va ahí, ósea hasta esas cosas tenes que tener en cuenta para que funciones, entonces es un armado muy artesanal. Obviamente que basado en la Ley de Salud Mental, en el derecho de las personas.

M: Ahora bien, cuando una situación de Consumo Problemático se presenta en el Centro de Salud; ¿Quiénes intervienen?

MC: En general siempre lo recibe alguien, puede ser en un consultorio, puede ser trabajo social, puede ser que venga un familiar a golpear en psicología desesperado, puede ser que llegue la situación eclosionada. En general quien recibe convoca a otros. A veces nos urgenciamos nosotros en el momento y en mi experiencia nos ocurre cuando la persona llega estallada por lo que le pasa y generalmente cuando vos actúas con la misma emergencia que llega no resulta nada. Y sí, siempre convocamos a otros, es imposible trabajar el consumo en el uno a uno, generalmente formamos un equipo que inclusive no es un médico a lo mejor son dos o tres porque a lo mejor esa persona llega después en otro momento y en general vamos viendo también con quien se vincula esa persona quizá en el Centro de Salud no se vincula con ningún médico y se vincula con enfermería, entonces ahí el equipo pasas a ser enfermería, ósea no se puede forzar nunca el “hoy te toca con este equipo”.

M: ¿Hay prioridad de alguna disciplina/profesión para comenzar a abordar las situaciones que se presentan?

MC: No, todo se construye, en base a un equipo que en general es con quien esa persona tiene vínculo pero en general siempre participa un médico, participa un enfermero o participa un trabajador social, o psicología. Pero quizá quien más tiene el vínculo puede ser uno o puede ser otro. No es que hay un equipo al cual uno le dice el paciente “te derivo al equipo de consumo”, eso no existe.

M: Con respecto al abordaje; ¿Cómo se aborda una situación de Consumos Problemáticos? ¿Cuáles son los primeros pasos a realizar? ¿Se realiza algún tipo de admisión?

MC: Siempre es la reducción de daños, al menos hablo por mí, y creo que es lo que pensamos todos que uno siempre busca la reducción de daños no el consumo cero, porque hay muchas personas que en algún momento en su vida el consumo le complicó su vida, su trabajo y logran el consumo cero y otros no pero deja de ser un problema que le altere el día a día y sus vínculos. No es una cosa de sanción que es lo que uno busca, sí no que encuentre otras cosas que hagan que no requiera el consumo porque en general sí un joven que hace deporte, por ejemplo, que entrena cuatro veces por semana, le encanta el fútbol, y los fines de semana tiene que jugar y lo están esperando porque es importante su participación en el equipo, esa persona posiblemente no quiera consumir, y en realidad vamos por eso por ver qué es lo que lo motiva en su vida, entonces no es que se dice “bueno a partir de mañana va a dejar” ;no! se buscan otras cosas. No es una prohibición. Acá no se busca el consumo cero tipo místicamente, ósea para algunos es importante que así sea y uno acompaña, pero es la reducción de daños fundamentalmente.

M: ¿Cuáles son los circuitos de atención que se llevan adelante ante una situación de Consumos Problemáticos?

MC: Yo no sé qué haya diferentes circuitos para un consumo de una cosa que otra, si, las instituciones van armándose de esa forma, entonces por ejemplo en Maranatha por lo general son varones, en general tienen que entrar deshabituación, no puede entrar alguien consumiendo, ósea tienen sus normas y sus reglas y uno se adapta a las normas

y las reglas de las instituciones, pero no es porque uno piense que tiene que ser cien por cien así. Cada institución que participa en esta problemática a su vez tiene sus normas que vos podés acordar o no, pero sí vos decidís que con esa institución vas a trabajar tenes que tener en cuenta esas normas.

M: ¿Cuáles son las estrategias que utiliza el equipo interdisciplinario ante las situaciones de Consumos Problemáticos? ¿Aplican algo ya preestablecido?

MC: ¡El vínculo primero! pienso yo que no se podría pensar en que alguien quiera trabajar su problemática de consumo sin hacer vínculos, entonces nosotros intentamos de que se produzca eso, y con quien se produce va a depender, a veces es con el médico, a veces es con el trabajador social, con el psicólogo, a veces con el enfermero, a veces con varios, pero tratamos que sea la mayor cantidad posible. No cantidad en “todos”, sino que sea de un grupo, un equipo, porque también somos humanos y siempre que pensás con otros pensás mejor. Siempre queremos tener un recurso de todas las opciones y a veces ni teniéndolo alcanza (risas).

M: ¿Qué se busca alcanzar mediante dichas estrategias?

MC: La reducción de daños, porque como te decía un consumo es problemático cuando le altera la vida misma. Nosotros tenemos una definición de salud, que no sé si a vos te la han compartido alguna vez, que te la voy a decir así, más o menos, es en general de la salud pública que es la capacidad de abordar las dificultades que se nos presenta en la vida de forma colectiva suponte, cosa que alguien que está recontra enfermo externamente, que vos decís tiene de todo, quizá esa persona podemos decir que tiene salud, sí no nadie tendría salud, ósea como que la salud pasa por la capacidad de abordar las dificultades que se te presentan y en general este es el mayor problema que tiene alguien con consumo que no puede abordar el día a día porque irrumpe en los vínculos, porque no puede sostener un trabajo, no puede sostener una familia, entonces ahí ves típico que la salud está complicada, vos lo que buscas es que esa persona pueda abordar su vida, su día a día, y en realidad es la reducción de daños por así decirte. Sí es consumo cero y a la persona le viene bien, mejor. Pero no es que vos digas que alguien que consume cero ya alcanzó su salud porque a lo mejor está con consumo cero pero no puede sostenerse en el día a día tampoco es salud. Te doy mi opinión, hay quien

piensa que el objetivo es el consumo cero y hay instituciones que se plantan en eso y por eso tampoco es que es descartable, porque hay pacientes como el que te conté que es el objetivo de su vida.

M: ¿En relación a las personas afectadas por los Consumos Problemáticos, qué lugar ocupan en el abordaje que realiza el equipo interdisciplinario?

MC: Esa es una cuestión bastante complicada, porque vos tenes... te doy por ejemplo de un día; tenes una agenda de ocho pacientes agendados y el que te viene con esa problemática puede ser que te haya venido en un turno agendado pero no es lo habitual, llega y no puede esperar, tenes a todas las personas que tienen su turno que quieren que cumplan ese horario y vos tenes que lograr escuchar a alguien que no es cinco minutos. Entonces, vos me preguntabas ¿qué lugar ocupa? yo te puede decir que el lugar se da en la forma que llegue, esa es la flexibilidad que hay que tener, después vos podés ir encontrando un día una forma pero por lo general irrumpe y eso a nosotros nos complica como a todos los seres humanos, tenemos que.... para nosotros es una problemática importante, porque no es por el consumo pero por ejemplo; en el caso de una mujer a lo mejor es el consumo, el embarazo, el consumo y un bebe muy pequeño que cuidar, en un joven es un papá que sostenía la familia, no sé, en otros casos es un adolescente. Procuramos la escucha sin dudas, por eso no hay una receta, es la escucha porque intentamos de que sí eso ocurre así en forma espontánea darle el mayor lugar posible en ese momento sin excedernos, porque sí ocurrió eso es porque se urgenció pero lo que se urgencia no es siempre lo que podés mantener en un proceso a lo largo del tiempo. Lo que pasa es que sí no le haces lugar en ese momento quizá no logras el vínculo, entonces todo está dirigido a tratar de que sea un proceso, no de que llega a consulta por consumo y te mando acá, te mando allá y ya está.

M: ¿En cuánto a la relación con el equipo interdisciplinario, se reúnen y realizan evaluaciones sobre las situaciones abordadas? ¿Con qué frecuencia?

MC. Sí, los martes es nuestro día, que estamos todos y que lo dedicamos más que nada a... Le dedicamos todos un ratito de nuestro tiempo a algo de eso, ósea está el equipo de Salud Mental completo, dos psicólogas, la psiquiatra matricial, la trabajadora social y dentro de toda la franja del martes estamos todos los médicos, están los enfermeros, ósea estamos todo porque hacemos la reunión de equipo, entonces tratamos de agendar

estas situaciones problemáticas con anticipación excepto que sea una urgencia y ahí la trabajamos.

M: Otra cosa que me interesa saber, es si a través del abordaje que realizan, se logran alcanzar cambios significativos en las vidas de las personas afectadas por los Consumos Problemáticos.

MC: Y... toda persona que logra mejorar su capacidad de resolver sus problemas y mejorar sus vínculos es muy llamativo, ósea la mejora. Ahora, es un problema crónico, ósea el consumo es... Esto es medio mío: cada uno hace como puede con sus deseos, sus angustias y quizá alguien que en algún momento lo tenía con el consumo en otro momento lo tiene con la religión, en otro momento lo tiene con el deporte, lo tiene con el trabajo, ósea son... nada es mágico, ósea sí... ves que alguien puede estar conectado con el otro digamos porque por lo general el consumo lo que hace es desconectarte un poco, entonces sí, pero uno no tiene que pensar en el “éxito”, es mi manera de ver. Porque lo que hoy está bien quizá mañana está mal, no hay que estar buscando respuestas exitosas, sino lo posible. Siempre vamos por lo posible, lo posible bueno (risas)

Un ejemplo que te puedo dar es el de un paciente que hizo un tratamiento de deshabitación, llegó a la deshabitación cero y pasó a ser como un trabajador de esto, digamos que ayuda a otros, tiene grupos a cargo, y yo le decía justamente que, él está muy contento, en un momento quería estudiar Ciencias Políticas, es decir se empoderó de esto, pero porque le gustó, le resultó bueno para él y bueno para poder brindar a otros. Escucharlo a él podría ser re interesante lo que pueda decir. Bueno, y hace poquito había aumentado un montón de peso y le digo: aumentaste un montón de peso y me dice “bueno, vos me quieres decir que tendría que volver a consumir” y le digo ¡nooo! (risas), entonces ¿me entendés? surge otra problemática, no es que se agotan los problemas de las personas, ya está.

Otro ejemplo es uno que consumía alcohol y que llegó al consumo cero, es jardinero y el primer problema era que como él estaba siempre volado en el alcohol no sabía las cosas del día a día, ósea lo que es pagar un impuesto, lo que es pensar en lo que vas a comer hoy, pero lo que es interesante es que, yo a él lo conozco desde el 2015, ahora en 2023 vos hablabas con él el 2015 y hablas con él ahora y es impresionante el crecimiento a pensar de ser un adulto mayor, vos decís bueno no va a adquirir las

capacidades y, ¿que no va a adquirir esas capacidades? ósea las re adquirió, pero... ¿qué tuvo? una hermana que también esperaba a que él cambie, tuvo un lugar porque pasó a ser un ayudante ese lugar, porque en un momento se le terminó la beca y lo dejaron que siga estando, ósea teóricamente el lugar no recibía más recursos para eso pero el paso a ser un recurso para el lugar entonces después hubo que lograr que él pueda salir de ahí, porque ya ahí había encontrado una comodidad de vivir ahí, tener su trabajo de jardinería que con eso le alcanzaba, pero el paso siguiente fue que él pueda irse a una casita al lado de la hermana y tener lo suyo. Ahora sólo deja sus herramientas más grandes en ese lugar de jardinería, esto para decirte que lo que es un proceso, y que para ese proceso ocurra no es el Centro de Salud, porque él siempre dice “ay el centro de salud” y no es el centro de salud es un conjunto, el lugar donde él hacía jardinería, que lo aguantó a lo mejor cuando estaba alcoholizado, ósea sí quizá las personas donde él cortaba el pasto no hubieran bancado...Es toda una sociedad la que se necesita que acompañe, entonces cuando vos tenes problemas de narcotráfico, cuando eso ya es una forma de vida... ya se complica.

M: ¿Desde tu punto de vista crees que hay algo que sea necesario cambiar y/o mejorar en el abordaje que realizan?

MC: Sí, tener más tiempo nosotros para poder problematizar esto quizá es necesario, porque es un problema en salud que va creciendo, que con los años fue creciendo la problemática entonces nosotros, no sé si todo creció en... para poder resolverlo sí aumentamos nuestras herramientas, siempre la intención está pero... falta el tiempo, porque todo esto que te digo es escucha, es particularidad, lo que te es más fácil es encajonar, decir buen consumo de alcohol lo llevo para allá y no es así, porque las personas no somos así y a veces las ofertas que tenes sí son así. Y a parte, acompañar para que eso se produzca, porque suponte que le encanta la carpintería y hay carpintería pero como se hace para que esa persona pueda llegar a ese lugar, entonces son muchas cosas que necesitas hablar, escuchar, ver con qué contás, ver como la persona puede acceder a ese lugar, que esté ese recurso, que lo pueda sostener. Nosotros estamos en un horario y un tiempo y el resto del día ¿qué pasa? con quienes más se vincula. Son muchas cosas para lo que necesitas tiempo, reunirte, escucharlo. Nosotros vivimos siempre al palo (risas) pero igual pensamos así, ósea pensamos que si una situación lo requiere tenemos que parar todo lo otro. A veces sabemos que hay un

lugar donde a lo mejor están todos los jóvenes consumiendo y decís bueno podríamos ser una estrategia ir a esa esquina donde están y empezar a hablar, pero ¿cuándo lo haces? o ¿quién lo hace? ¿Quién se anima? súmale la violencia.

M: Para finalizar esta entrevista, te pregunto ¿Cuál es el rol del Trabajo Social en el abordaje de los Consumos Problemáticos?

MC: ¡Re importante! Hay un dicho que yo digo “Ay la TS” (risas). Me parece que es un trabajo muy interesante este de poder observar, bien sociológico digamos, es el poder ver a la persona en su, justamente esto que te digo, en su vida misma, en su vida diaria, porque por ahí desde el psicoanálisis vos ves que le pasa al sujeto pero desde el Trabajo Social vos ves como esa persona se vincula con otros, quienes son sus lazos. Ese es un trabajo terrible desde mi punto de vista.

M: Muchas gracias por tu tiempo y por toda la información que me brindaste.

Entrevista a la Médica Psiquiatra del Centro de Salud Casiano Casas.

Fecha: 30/05/2023

Hora: 11:30 hs

Duración: 30 minutos.

M: Para dar comienzo, me gustaría saber: ¿Cuál es tu profesión? y ¿Hace cuánto trabajas en el Centro de Salud Casiano Casas?

MP: Soy Médica Psiquiatra y trabajo en el Centro de Salud hace un año.

M: ¿Sabes si hay registros sobre las situaciones de consumos problemáticos que llegan al Centro de Salud?

MP: Por mi parte, recién ahora tengo usuario, pero en principio las atenciones se registran, de Salud Mental digamos.

M: ¿Estas situaciones se manifiestan de manera directa o por medio de terceros?

MP: Mira, llegan de manera espontánea por parte del mismo paciente que viene a pedir un tratamiento, llegan derivados de hospitales que estuvieron internados y vienen derivados para hacer un tratamiento ambulatorio o vienen traídos por sus familiares para hacer un tratamiento. Te diría que son esas tres formas. Y a mí me llegan sino derivados por el médico generalista también.

M: ¿Cuál es la población afectada por esta problemática?

MP: Mira, el tema del Consumo Problemático es una cuestión transversal, ósea lo real es que uno habitualmente lo ubique más o menos en un franja de quince a treinta y tantos años, pero hay consumo a los cuarenta, los cincuenta, los sesenta. Sí, a los cincuenta o sesenta más de alcohol pero, también de cocaína, hasta los cuarenta sobre todo es cocaína y marihuana.

M: Eso te iba a preguntar ¿Qué sustancias se consumen? y ¿Cuál es la predominante?

MP: Lo que están consumiendo ahora sobretodo es alcohol y psicofármacos, que le dicen pastillas, cocaína que la cocaína antes se la inyectaban, la aspiraban y ahora la fuman, marihuana que sobre todo la fuman, acá por lo menos en Rosario, y en esta zona y más en la zona de barrio toba digamos, pegamento también.

M: En relación a la institución; ¿Cuál es la mirada que tiene el Centro de Salud Casiano Casas sobre los Consumos Problemáticos?

MP: En relación al consumo problemático tiene una mirada bastante integradora, bastante abarcativa que bueno es lo que nos estamos planteando en este momento, que el abordaje del paciente con consumos problemáticos no es una cuestión ni estrictamente de salud ni estrictamente de salud mental, sino que necesita de lo interdisciplinario; desde el médico generalista, el psiquiatra, el psicólogo, el trabajador social, enfermería y farmacia, y bueno incluso en este Centro de Salud la administración. Ósea son todos los actores que intervienen digamos, sobre todo en el abordaje más de las crisis, después es en lo ambulatorio o más estable digamos; Salud Mental, el Generalista como Médico de referencia, la farmacia como dispensadora de la medicación. Básicamente sería eso.

M: Existe un marco legal que determine las intervenciones por parte del Centro de Salud ante las situaciones de Consumo Problemático?

MP: El marco legal se tiene en cuenta en general... Ósea al marco legal lo tenemos en cuenta en la consignación en las historias clínicas y después se sí se tiene bastante más en cuenta a la hora de, por ejemplo otras intervenciones que no sean ambulatorias, por ejemplo una internación que siempre es el último recurso, que se intenta agotar todas las estrategias previas, pero bueno cuando hace falta porque hay riesgo cierto inminente

para sí o para terceros se plantea la posibilidad de una internación, ya sea en un hospital general o en un hospital monovalente.

M: ¿Qué impacto generó y genera la Ley de Salud Mental N° 26.657 en el trabajo cotidiano ante dichas situaciones?

MP: Con el tema del Consumo Problemático es un tema la Ley de Salud Mental... A ver, a mi parece que es buenísima por un lado porque ahora el paciente con problemática de consumo no es un paciente de salud mental y como necesita un abordaje integral que implica a la medicina en general digamos, gracias a la Ley de Salud Mental el paciente puede ser recibido en un hospital general y se le hace todo un abordaje, ósea desde lo médico, electrocardiograma, un análisis de sangre, primero se estabiliza todo lo orgánico por así decirlo al mismo tiempo que se trabaja con la salud mental. Y que es real porque la droga, las distintas sustancias tienen un impacto orgánico que eso no se puede desconocer, entonces el abordaje en un hospital general es mucho más amplio. Emm, cual es el tema, que efectivamente sí no hay un riesgo cierto e inminente aunque quizá el paciente sí se vería beneficiado por una internación o por un tratamiento más intensivo la ley un poquito lo que hace es abrir ahí y hay mucho grises. Entonces hay pacientes que quizá antes de la Ley hubieran sido internados y se habría podido hacer un tratamiento que sea más intensivo y ahora como no es voluntaria la internación y sí el paciente no quiere y el paciente no está en riesgo cierto e inminente, y sí el paciente está relativamente estable en este momento, pero que uno no sabe qué va a pasar en cinco minutos, no se interna y a veces ahí se pierde la oportunidad de tratamiento cuando capaz que el paciente no llega al centro de salud o no llega a un tratamiento y la única vía de acceso fue el hospital ahí es como que se complica. Ósea tiene sus pro y sus contras le Ley digamos.

M: Ahora bien, cuando una situación de Consumo Problemático se presenta en el Centro de Salud; ¿Quiénes intervienen?

MP: Habitualmente es el médico de referencia, lo que tienen los centros de salud municipales es que en Salud Mental tienen dos psicólogos que están de manera estable en el centro de salud pero el psiquiatra es matricial, esto quiere decir que viene uno o dos días a la semana, entonces lo real es que el psiquiatra no siempre está. Los que están son: sí el psiquiatra está participa, pero los que están habitualmente el médico de referencia, el psicólogo, ósea en este centro de salud el abordaje siempre es

multidisciplinar, entonces sí uno de los enfermeros que conoce más al paciente, sí alguno de los administrativos conoce más al paciente también interviene, puede ser el médico clínico, puede ser el médico generalista, puede ser el pediatra, ósea depende quien sea el profesional de referencia, la trabajadora social que también conoce un montón de las situaciones habitualmente participa, alguna vez farmacia participa, de hecho participa de manera importante digamos porque la conocen mucho a la farmacéutica porque vienen todas las semanas o todos los meses a buscar la medicación.

M: ¿Hay prioridad de alguna disciplina/profesión para comenzar a abordar las situaciones que se presentan?

MP: ¿Estamos hablando de ambulatorio o de urgencia?

M: Cualquiera de los dos

MP: En ambulatorio habitualmente es el médico de referencia que son el clínico, el pediatra o el generalista, que es el que recibe y atiende a toda la familia. Salvo cuando son estas derivaciones que vienen de afuera que se arma un equipo, como un equipo de admisión digamos que consta del generalista, la psicóloga, la trabajadora social y sí está el psiquiatra y se lo recibe en equipo. Y sí es en la urgencia el psiquiatra, el generalista, sobre todo sí es de Salud Mental la psiquiatra, ósea, o el psicólogo pero habitualmente cuando hay una urgencia como se piensa también en el abordaje con la medicación y todo tiene que haber un psiquiatra o un generalista o un clínico.

M: ¿Reciben capacitaciones en relación a la problemática de los consumos?

MP: Mmm ya nos gustaría (risas). Sí, en realidad... A ver, la municipalidad propone distintos encuentros con especialistas, pero no una capacitación sistemática especializada en adicciones, sino encuentros con especialistas una vez por mes en los que se trabaja, pero no de manera así como metódica el tema del consumo.

M: Con respecto al abordaje; ¿Cómo se aborda una situación de Consumos Problemáticos? ¿Cuáles son los primeros pasos a realizar? ¿Se realiza algún tipo de admisión?

MP: Mira eso sería lo ideal, que se haga una admisión con un equipo interdisciplinario. Cuando se puede porque el tiempo lo permite lo que se intenta es que el trabajador social haga ese estudio socio ambiental, por otro lado el generalista que aborde todas las

cuestiones médicas, por ejemplo sí hay daños cardiológicos, renal, cerebral, entonces se pide un análisis de sangre, un electrocardiograma, sí hace falta electroencefalograma, también según el patrón de consumo y que es lo que ha consumido el paciente y después ya con el psiquiatra se ve más el tratamiento a seguir, el esquema y con un psicólogo que vaya acompañando todo el proceso. Ósea que en principio ese sería como el abordaje que... el generalista hace como esto la atención inicial digamos junto con el trabajador social y después las que siguen son la psicóloga y la psiquiatra que son las que acompañan, salvo que haya alguna urgencia clínica de relevancia y ahí va de vuelta al generalista digamos.

M: ¿Cuáles son los circuitos de atención que se llevan adelante ante una situación de Consumos Problemáticos?

MP: Habitualmente todos los pacientes tienen el Centro de Salud como referencia, entonces esto es como lo que tienen más cerca de salud, pero lo real es que el Centro de Salud atienden muchísimas problemáticas de salud y también lo real es que sí bien en Rosario sí bien el tema del consumo es un tema que uno tiene que pensar como transversal los profesionales no estamos especializados en consumos problemáticos y adicciones, pero sí hay en la red instituciones que están especializadas, entonces uno lo que intenta siempre es de manera escalonada sí en ambulatorio en el Centro de Salud se puede resolver de acompañar al paciente y que se estabilice y que más o menos vaya manteniendo un tratamiento lo mantenemos en el Centro de Salud, pero sí el tema del consumo es algo que el paciente no lo puede manejar en ambulatorio digamos lo que se hace es contactar con entidades especializadas, entonces el vínculo es con APRECOD que es de Nación y que tiene contacto con varias comunidades terapéuticas, entonces lo que hacen es buscar becas y lo conectas con alguna comunidad terapéutica para que empiece a hacer entrevistas y ahí ven en que formato le va mejor: sí tratamiento ambulatorio, sí centro de día, sí comunidad terapéutica. En general cuando va a entrar en una comunidad terapéutica en internación lo que piden es una, ellos dicen una deshabitación, eso no existe porque no nos dan los tiempos, entonces lo que se hace es una desintoxicación en un hospital general, que básicamente es un más o menos una semana de no consumo controlado con medicación y de ahí “idílicamente” porque tampoco es tan real a la comunidad terapéutica donde hacen un tratamiento más intensivo en adicciones. Básicamente eso sería.

M: ¿Los circuitos de atención son propios del Centro de Salud, o son creados a nivel Municipal, Provincial, Nacional?

MP: Acá esto a nivel Municipal. Hay un convenio de la Municipalidad con APRECOD y con algunas comunidades terapéuticas, pero las comunidades terapéuticas son ONG que funcionan por becas, entonces APRECOD que es Nacional lo que hace es, con plata del Estado, conseguir esas becas. En realidad, es una interacción multisectorial.

M: ¿Cuáles son las estrategias que utiliza el equipo interdisciplinario ante las situaciones de Consumos Problemáticos? ¿Aplican algo ya preestablecido?

MP: No, estamos queriendo armar como un por así decirlo protocolo de funcionamiento pero bueno lo real es que el tema del consumo es artesanal, porque ósea los pacientes sí bien podrían tener como características similares, ósea cada paciente es una situación específica digamos, entonces más o menos se hace como un abordaje general esto del generalista que hace todo un examen físico y pide los estudios y demás, y después de que el psiquiatra empieza con el esquema de medicación y sigue el tratamiento y el psicólogo acompaña desde la psicoterapia y el trabajador social está para cuestiones como puntuales que tienen que ver más con la familia, con la casa, con cuestiones legales, etc. Pero lo real es que no hay nada como así preestablecido digamos, por lo menos no todavía. Después, también depende del consumo del paciente, depende del patrón del consumo, depende de sí hay alguna otra comorbilidad médica o psiquiátrica, entonces ahí también el tratamiento es distinto, y las opciones de tratamiento son distintas, ósea hay pacientes que sí pueden seguir en ambulatorio y hay pacientes que tiene una psicosis y necesitan otro tipo de abordaje, hay pacientes que de repente necesitan internación.

M: ¿Y quiénes definen qué estrategias utilizar?

MP: En principio el equipo, ósea Salud Mental con el generalista, con trabajo social. Habitualmente el que está como más pendiente de eso que sabe decir en qué momento es el psiquiatra por su especialidad, pero acompañan el trabajador social, acompañan el psicólogo, acompaña el generalista. De hecho, muchas veces como el generalista es el que más sigue a los pacientes porque el psiquiatra es matricial, es el generalista el que dice “che este paciente se está descompensado” entonces ahí sí se realiza el tratamiento.

M: ¿Qué se busca alcanzar mediante dichas estrategias?

MP: ¡El sostener al paciente porque la curación no existe! (risas). En realidad es acompañar, ósea te diría evitar el daño, no quiero decir reducción de daños pero bueno básicamente es esto de acompañar al paciente y que no se ponga en riesgo, que no ponga en riesgo a terceros, que no haya daños de órgano blanco se llama desde lo médico, que más o menos pueda alcanzar cierta autonomía, cierta auto valía, cierto funcionamiento que le permita tener cierta calidad de vida. Pero básicamente es acompañar en el proceso, tratando de evitar un daño mayor.

M: Mencionaste la reducción de daños. ¿Se trabaja con esta perspectiva?

MP: Lo que pasa es que por ejemplo una clínica abstencionista de pensar que el paciente va a dejar de consumir en este ámbito no es real. No es real porque tienen oferta en la misma esquina, entonces no es real que el paciente deje de consumir. Uno lo que intenta es que deje de consumir eso que le puede producir mayor daño y eventualmente reduzca el consumo, pero lo real es que, plantearse una cuestión abstencionista no lleva a ningún lado en estas circunstancias.

M: ¿Trabajan con otras instituciones del barrio?

MP: Acá en este barrio no tenemos tantas instituciones, con adultos tampoco hay tantas cosas. Hay una biblioteca, bueno eso lo sabe más la trabajadora social igual, hay un club, después sí las psicólogas trabajan mucho con las escuelas, hay un comedor con el que se hace un taller con chicos jóvenes, y bueno nosotros también en Salud Mental trabajamos mucho con el hospital Alberdi, mucho con el equipo de Salud Mental allá, pero hay otros barrios que tienen más ofertas, pero nosotros dentro de lo que se puede... Pero bueno, el Centro de Salud también genera bastante, ósea que eso quizá suple un poquito la falta de instituciones en la zona.

M: ¿En relación a las personas afectadas por los Consumos Problemáticos, qué lugar ocupan en el abordaje que realiza el equipo interdisciplinario?

MP: Bueno, en principio son adultos. Son adultos, y sí no tienen el juicio desviado por el consumo en ese momento son personas que pueden decidir. Y de hecho, lo real es que un paciente que no tenga intenciones de tratamiento es muy difícil poder ayudarlo, entonces se cuenta mucho con el paciente, ósea lo que se intenta desde Salud Mental por lo menos es acompañar a este paciente a que vaya queriendo hacer un tratamiento

digamos lo que se llama “generar una demanda” en el fondo. Ósea pacientes vienen traídos por al familia, primero hay que generar esa demanda, pacientes que vienen derivados de un hospital por ejemplo, bueno vienen asustado porque estuvieron internados, pero ahí en realidad en el fondo también es ver sí el paciente quiere realmente dejar el consumo o quiere reducir el consumo y después sí hay pacientes que vienen a pedir el tratamiento porque se dan cuenta de que se vida se ha deteriorado mucho, pero en el fondo siempre se cuenta con ellos. Sobre todo, en psiquiatría por el tema de la medicación también, ósea sí ellos no están interesados en hacer un tratamiento no van a tomar bien la medicación, no van a venir a los turnos, no van a venir a psicología, no le van a dar relevancia. Entonces en el fondo se apela a que la persona se haga cargo de su propio tratamiento. Y en este sentido tienen un lugar importante sino no habría tratamiento.

M: ¿En cuánto a la relación con el equipo interdisciplinario, se reúnen y realizan evaluaciones sobre las situaciones abordadas? ¿Con qué frecuencia?

MP: Nosotros en principio, tenemos justo los martes antes de la reunión de equipo tenemos una cartelera en la administración y ahí se van poniendo las situaciones que queremos ir trabajando, esto lo implementamos igual hace poco, hace dos meses, entonces ahí ya queda instaurado que nos juntamos con tal generalista, todo el equipo de Salud Mental, Trabajo Social o nos juntamos con la farmacia. Ahí se va viendo según los distintos actores que intervienen, pero en principio todas las semanas, ósea según por distintos pacientes o distintas familias, pero sí tenemos además de la reunión de equipo tenemos las reuniones puntuales para trabajar distintas cosas.

M: Otra cosa que me interesa saber, es si a través del abordaje que realizan, se logran alcanzar cambios significativos en las vidas de las personas afectadas por los Consumos Problemáticos.

MP: Mira, en algunos casos sí y en algunos casos no. Qué se yo, en casos donde el paciente ha generado conciencia de situación sí, la verdad que sí tanto el paciente como la familia. Una cosa que a nosotros me parece que nos interesa como equipo, y que se está haciendo como mucho foco ahora es decirle a paciente que este es su Centro de Salud de referencia, que puede venir acá para lo que necesite, que se puede venir a atender, de hecho tenemos pacientes que han venido derivados de otros centros de salud porque tuvieron problemas en otros centros de salud y entonces lo que se intenta

primero es que sí tiene un problema es que venga al centro de salud. Y tenemos pacientes que vienen angustiados, bueno hoy a la mañana vino una por ejemplo a los llantos limpios y nada ahí intervenimos, calmamos la crisis, pero bueno ese es nuestro funcionamiento; que venga. Y estos pacientes que se referencian con el Centro de Salud, lo real es que uno ve que se descompensan menos, ósea que requieren menos internaciones. Que cuando se descompensan vienen y se calma la crisis en el momento porque vienen pronto, entonces hay familias que empiezan a ver qué bueno acá se contiene a su hijo o a su hija y entonces también bajan porque a veces claro vienen desbordados y bueno se la agarran con el Centro de Salud, entonces cuando ven que el paciente empieza a estar referenciado, que tiene un lugar a donde ir, que su calidad de vida empieza a mejorar un poquito, entonces sí, en esos pacientes sí se nota. Después hay otros que no tienen intención y desaparecen y no aparecen nunca más, o que vuelven después y siguen en lo mismo. Y nada se intenta darle siempre la posibilidad pero... sí hay gente que sí y hay gente que no.

M: ¿Desde tu punto de vista crees que hay algo que sea necesario cambiar y/o mejorar en el abordaje que realizan?

MP: Sí, me parece que nos queda todavía pendiente el tema de trabajar el abordaje, ósea pero para que esté más claro, para que también los profesionales trabajen más cómodos, ósea que sepan lo que tienen que hacer. Lo real es que, por ejemplo los generalistas no tienen capacitación en consumos problemáticos, nunca vino un toxicólogo a explicarnos en profundidad sobre el consumo de sustancias y el daño que produce y la afectación y demás, entonces hay un montón de cosas que se podrían hacer desde la capacitación, para mí desde el ámbito de la capacitación sí es un pendiente. Dentro de todo, me parece que este Centro de Salud trabaja bastante bien lo interdisciplinario pero me parece que si los generalistas trabajan mucho más cómodos sí supieran que tiene que hacer frente a esta sustancia, está otra, este paciente, este cuadro, que tienen que tener en cuenta, eso sí. Y después es real que, ahora nos estamos organizando un poco más pero veníamos con una psicóloga menos entonces ahí también la psicología estaba muy tironeada y tampoco podía brindar esa presencia que quizá era necesaria, recién ahora se está armando.

M: Para finalizar está entrevista, te pregunto; ¿Cuál es el rol del Trabajo Social en el abordaje de los Consumos Problemáticos?

MP: ¡Fundamental! Mira, para mí el trabajador social es el que da como la visión de conjunto porque es el que conoce a la familia, es el que conoce el territorio, es el que conoce que herramientas hay también, entonces la verdad es que el trabajador social puede aportar muchísimo desde ese lado, ósea desde qué es lo que hay, que es lo que se puede hacer desde lo socio ambiental, ósea con qué se cuenta, con qué familia se cuenta, estructura donde vive la persona, si está en situación de calle, si tiene acceso a este taller o a este hospital o si la familia acompaña. El trabajador conoce todo eso, al menos en este Centro de Salud conoce todo eso, conoce además las zonas más complicadas entonces esta persona viene de esta zona y tiene al lado un búnker entonces claro es distinto, o esta persona no sale de la casa porque están todos amenazados bueno es distinto. Eso para mí aporta mucha información respecto de, ósea ayuda a que los profesionales podamos hacernos cargo de si yo le doy esta medicación se la va a robar el hermano por ejemplo. Entonces en ese sentido yo creo que aporta un montón.

M: Muchas gracias por tu tiempo y por toda la información que me brindaste.

Entrevista a la Trabajadora Social del Centro de Salud Casiano Casas.

Fecha: 30/05/2023

Hora: 12 hs

Duración: 30 minutos.

M: Para dar comienzo, me gustaría saber: ¿Cuál es tu profesión? y ¿Hace cuánto trabajas en el Centro de Salud Casiano Casas?

TS: Yo soy Licenciada en Trabajo Social y trabajo acá en el Centro de Salud Casiano Casas desde el año 2018.

M: ¿Sabes si hay registros sobre las situaciones de consumos problemáticos que llegan al Centro de Salud?

TS: Sí, los registros son mediante historias clínicas, nosotros registramos en las historias clínicas, no existe un trabajo o una estadística de la cantidad de situaciones.

M: ¿Estas situaciones se manifiestan de manera directa o por medio de terceros?

TS: Por todos los medios, puede llegar o mediante una llamada del hospital, de cualquier hospital: del Alberdi, del Agudo Ávila, de Oliveros; Mediante comunicaciones de cualquier otra dependencia: de juventudes, desarrollo social; vienen generalmente las madres, vienen pacientes, vienen vecinos. Por muchísimas vías. De

otros Centros de Salud, de donde te imagines... Ingresa por todos lados.

M: ¿Cuál es la población afectada por esta problemática?

TS: Generalmente hombres, jóvenes... depende de qué tipo de consumo. Hombres jóvenes entre 16 y 35/40 años. Hemos tenido un aumento, y esto es a destacar, de mujeres con problemáticas de consumos, hemos vivenciado en la pandemia y durante el último año. Nosotros nos damos cuenta de esto porque les inhibe la lactancia cuando están embarazadas, cuando nace el bebe les inhibe la lactancia y llaman mucho del Eva Perón, porque nosotros derivamos al hospital Eva Perón lo que son nacimientos, pero llaman de la maternidad Martín y del Eva Perón para avisar de que tal tiene inhibida la lactancia, que va a ir al control de recién nacido pero tiene... y eso nos llama muchísimo la atención, la cantidad de mujeres jóvenes con consumo.

M: ¿Qué sustancias se consumen? ¿Cuál es la predominante?

TS: Cocaína, esa es la predominante.

M: En relación a la institución; ¿Cuál es la mirada que tiene el Centro de Salud Casiano Casas sobre los Consumos Problemáticos?

TS: Leemos mucho que es el contexto en el que vivimos y que evidenciamos un aumento en el consumo por el contexto de violencia y de empobrecimiento también y de las facilidades que tiene el consumo, y como está ganando el territorio la inexistencia de otras dependencias. Que los jóvenes no se sienten alojados en ningún lado, que la escuela ya no aloja. Y evidenciamos que somos los únicos con las escuelas, que en el territorio están las escuelas y el centro de salud... entonces no encuentran otro lugar u otras oportunidades en otro lado.

M: ¿Existe un marco legal que determine las intervenciones por parte del Centro de Salud ante las situaciones de Consumo Problemático?

TS: Nosotros obviamente que tenemos súper presente a la Ley de Salud Mental y que es como el marco legal al que nos tenemos que aferrar, y después no existe un circuito oficial de lo que es lo que tengamos que hacer cuando viene un paciente, o lo desconozco, yo creo que no hay por escrito que viene un paciente y hay que derivarlo a La Estación, a la Sedronar, hay que conseguir la beca, es más ir armándolo artesanalmente, lo cual creo que está bueno porque todas las situaciones son súper

diversas entonces no puede existir, no me imagino también un circuito: “bueno alcoholismo derivado a tal institución”, me parece que es tan subjetivo y que depende tanto del contexto y del diagnóstico que hagamos entre todo que no sé si servirá ese circuito ¿me entiendes? No sé hasta qué punto... a lo mejor existe y ni siquiera lo tomamos porque es tan particular y depende de tantos factores que me parece que... quizá existe pero uno muy general.

M: ¿Qué impacto generó y genera la Ley de Salud Mental N° 26.657 en el trabajo cotidiano ante dichas situaciones?

TS: Y... la no judicialización de las situaciones de las adicciones. La disminución de la participación y la judicialización de las situaciones permitió una mayor relevancia, mayor lugar a que son situaciones de Salud Mental y que es el equipo de Salud Mental el que debe tomar las determinaciones de quien se interna o no. Porque antes pasaba mucho, yo me acuerdo de una institución en donde un juez determinó la “insania” de una señora y la metieron como en un psiquiátrico y bueno después lo pudimos debatir con la nueva Ley de Salud Mental de que, bueno había sido todo una cuestión que había hecho la familia por una herencia, me parece que se pudo un poco sacar del lugar principal al juez y tomar más posición nosotros que somos el equipo de salud interviniente.

M: ¿Aparecen otras normativas que interpelan las intervenciones?

TS: Yo creo... no sé si normativas porque viste que las normativas son a partir de lo que... son como un proceso continuo, y en realidad las normativas salen después que la sociedad lo requiere o lo necesita. Lo que interpelan nuestras intervenciones son la nueva aparición y las nuevas situaciones que van apareciendo, emergentes, las nuevas configuraciones del espacio y territorio. La normativa parece una vez que ya eclosionó todo, me parece que lo que interpela a las intervenciones son los nuevos modos que aparecen, la conflictividad que hay en los territorios, la narco criminalidad, los nuevos escenarios que hay ahora.

M: Ahora bien, cuando una situación de Consumo Problemático se presenta en el Centro de Salud; ¿Quiénes intervienen?

TS: Interviene el que la recibe, porque puede venir por medio de un médico, puede presentarla el enfermero, puede venir por medio del administrativo, puede ser que venga conmigo, por psicología muy poco, o directamente psiquiatría. Entonces ¿quiénes intervienen? El que convoca y al que la persona que escucha quiera convocar. Generalmente si viene por medio del médico, que a lo mejor es lo más frecuente, el médico puede convocarme a mí, pueden convocar a la psiquiatra, pueden convocar a la psicólogas, sí ve que tiene onda con un administrativo se lo convoca, al enfermero, eso depende.

M: ¿Hay prioridad de alguna disciplina/profesión para comenzar a abordar las situaciones que se presentan?

TS: Y... no, no creo que haya prioridad. Sí, generalmente en el 90% de las situaciones estamos la psiquiatra y yo y después la psicóloga.

M: ¿Reciben capacitaciones en relación a la problemática de los consumos?

TS: Sí, recibimos cada tanto. Por ejemplo el lunes 12 hay una capacitación (que después yo voy a preguntar a ver sí.. porque es para el equipo de salud pero para ver sí a lo mejor te interesa ir, después te mando el flyer, pero voy a preguntar a ver sí puede ir otro que no sea de la red de salud). Hay capacitaciones en relación a la problemática del consumo, yo personalmente creo que quienes dictan esas capacitaciones están bastante lejos de los territorios y la práctica no puede ir sí ir con la teoría pero la teoría tampoco puede ir sin ir de la mano con la práctica, porque a veces hablan de situaciones y de territorios y hacen un montón como que no toman situación, entonces me siento en esas capacitaciones que hasta yo sé un poco más de los circuitos (risas) o que hablan de un ideal o interpelan nuestras intervenciones “deberían haber hecho esto y esto” y viste a mí me gustaría decirles ¡ Bueno veni al territorio y fijate! porque a veces no es tan así como se plantea en el ideal de la capacitación. Eso es una opinión personal obviamente.

M. Con respecto al abordaje; ¿Cómo se aborda una situación de Consumos Problemáticos? ¿Cuáles son los primeros pasos a realizar? ¿Se realiza algún tipo de admisión?

TS: Se aborda mediante diferentes estrategias, primero a través de una escucha, primero se le hace una entrevista individual a la persona, se identifica cual es el mayor problema para esa persona, para ese paciente en ese momento y se elabora una estrategia o un plan de acción. Sí una estrategia en base a lo que nosotros consideremos y en base al

problema que viene a plantear la persona; Hay personas que dicen “me quiero internar”, hay personas que dicen “quiero que me ayuden con el consumo”, hay personas que directamente ni vienen y viene la madre, entonces cómo puede venir de tantas maneras que es de acuerdo a la manera que viene. Y cuáles son los primeros pasos a realizar... la entrevista y determinar cuál es el problema, identificar cual es el problema, identificar cual es el contexto en el que vive, con quienes, eso también, uno de los primero pasos es con quienes cuenta la persona, es fundamental saber con qué red familiar o qué red social cuenta. No se realiza ningún tipo de admisión, llega por las diferentes maneras que te dije que llegan, no se hace admisión.

M: ¿Cuáles son los circuitos de atención que se llevan adelante ante una situación de Consumos Problemáticos?

TS: Cuando viene un paciente con adicciones y quiere rehabilitarse lo primero que gestionamos es una beca a través de APRECOD o a través de La Estación, últimamente lo estamos haciendo a través de APRECOD. Ellos generan la beca y empiezan a tener, por lo general son tres, entrevistas y luego se decide a donde puede ingresar la personal cual va a ser la modalidad sí ambulatoria o internación. Internación son los casos extremos, generalmente se les ofrece ambulatoria. En cuanto al circuito; cuando la persona requiere un tratamiento específico en adicciones ambulatorio, pero bueno muchas veces no se requiere. Hemos tenido hasta hace dos días un joven 24 horas en Padre Misericordioso, en otra época hemos tenido otra paciente en CREA, hemos tenido pacientes en Maranatha. APRECOD es quien decide que institución sería la mejor, porque es el que paga la beca para esa institución también.

Estas instituciones participan en un periodo muy corto del tratamiento de las personas. Te digo las últimas experiencias. En Maranatha tuvimos un paciente, que fue el que más duró, por una rehabilitación en adicción al alcohol. Fue una situación muy particular; el paciente se quedó hasta vivir en Maranatha, a cortar el pasto. Como no tenía donde ir Maranatha le dio el lugar y lo tomo parquero, portero. El hacía ambulatorio, y con esa ayuda pudo construir una casa arriba de la hermana y hace pocos años se fue. Por ejemplo ese paciente un tiempo hizo internación, pero por otro tiempo hizo ambulatorio, es decir que iba unas horas a la tarde, después toda su atención de psicología, medica de cabecera y cuestiones de trabajo social con esto de la ayuda con materiales la hacía

conmigo, son pocos los que se dejan de atender o los que requieren una internación, igual la internación es por muy poco periodo de tiempo, será tres meses como mucho.

Otro ejemplo en Padre Misericordioso. Teníamos un joven con una adicción muy grande a la cocaína, a veces estaba en situación de calle porque la mamá lo echaba, ha tenido una causa penal y ha estado detenido, internado en Oliveros. Este paciente nos pedía tratamiento, lo hicimos ir a APRECOD, APRECOD lo entrevistó tres veces y quedó que era para una institución de 24hs. Espero tres meses a que haya lugar y empezó, empezó principios del mes pasado, estábamos re contentas porque era un paciente que ni siquiera podía venir a un turno. Después de estos tres meses de espera, ingresó y hace dos o tres días decidió irse. Eso es un alta voluntaria porque no estaba detenido ni en puertas cerradas ni nada, cuando quiere el paciente se va. Hace tres días como tiene piedras en la vesícula decidió irse y ahora volvió a la casa porque quería volver a consumir. Venía bien, venía bien y no funcionó, así que... vuelve a ser paciente nuestro.

M: ¿Cuáles son las estrategias que utiliza el equipo interdisciplinario ante las situaciones de Consumos Problemáticos? ¿Aplican algo ya preestablecido?

TS: Estrategias: contar con un otro, que a la segunda entrevista venga con la persona que pueda ser soporte. Generalmente a lo mejor cuando está con abstinencia se le indica alguna medicación, pero nosotros lo que queremos es que haya un otro en la familia que apoye está medicación y que apoye este proceso de salud que vamos a iniciar y está estrategia que sea sostenida también en la casa. Porque nosotros lo podemos citar una vez por semana peor no sirve sí en la casa no tiene ningún apoyo, tampoco a veces sirve darle... generalmente lo que hacemos es que retire al principio la medicación semanalmente, pero tampoco sirve darle una medicación a una persona que está en consumo sabiendo que no lo va a poder sostener en la casa, entonces a veces nada requerimos de algún otro. No aplicamos nada establecido, como te dije viste que no existe ningún circuito preestablecido.

M: ¿Quiénes definen qué estrategias utilizar?

TS: La definimos el equipo interviniente, ósea el médico, el trabajador social y el psiquiatra, el médico y el psicólogo, el psiquiatra y el trabajador social, depende de quién interviene.

M: ¿Qué se busca alcanzar mediante dichas estrategias?

TS: Y... depende del problema que haya planteado la persona. Sí la persona está con un nivel alto de consumo lo que nosotros intentamos hacer es que la persona y ese consumo que le está impidiendo realizar las actividades de la vida cotidiana con normalidad y se siente mal, no sé puede tener ideas de muerte, intentamos esto, más que nada calmar la ansiedad o... Intervenir sobre el problema que la persona planteó, a lo mejor la persona plantea que quiere dejar no quiere dejar de consumir cocaína pero va a dejar de consumir marihuana. Vemos que le está pasando, por qué vino y que es lo que le está imposibilitando su quehacer cotidiano, o qué es lo que le está perturbando de alguna manera y por qué se acerca, depende mucho de eso.

M: ¿Trabajan con otras instituciones del barrio?

TS: Para abordar estas situaciones ahora estamos intentando con el Santa Fe Más de provincia, con el Nueva Oportunidad de la Muni y con el centro de La Posta realizar algún tipo de intervención, también con el comedor, la cooperativa Las Torres que es del barrio, realizar algún tipo de intervención con los jóvenes del barrio que están en consumo , pero se nos está complicando porque hubo balaceras estas últimas semanas y los jóvenes que queríamos abordar están como muy enemistados entre sí y, nada, hay balaceras. Cada tres días hay balaceras entre ellos, entonces es muy difícil ir a territorio a trabajar con estos jóvenes.

M: ¿En relación a las personas afectadas por los Consumos Problemáticos, qué lugar ocupan en el abordaje que realiza el equipo interdisciplinario?

TS: El lugar central, nosotros siempre vamos a escuchar y la persona va a ser la protagonista en las estrategias y siempre obviamente vamos a ver lo que necesita la persona, sí la persona está en condiciones de poder decir lo que necesita. Otro tema es cuando la persona viene ya totalmente... nosotros tenemos una paciente de la comunidad toba que a veces irrumpe y viene con el pegamento, con el vino en la mano, esa persona obviamente viene con alucinaciones auditivas, alucinaciones visuales, y por supuesto que ahí intervenimos nosotros, pero sino siempre va a tener el lugar principal y siempre se lo va a escuchar y las estrategias se van a definir en cuanto a lo que la persona en su momento y tras hacer una indagación exhaustiva quiera y necesite y pueda después seguir en su domicilio. Por eso la primer entrevista es fundamental

porque tenemos que ver en donde trabaja, como trabaja, cuáles son sus horarios, cuáles son sus actividades, todo esto para ya indicarle algún tratamiento farmacológico o algún tratamiento ambulatorio, obviamente no podemos desconocer que la persona trabaja tal día a tal día, que la persona es sostén de hogar, que la persona lleva todos los días a la escuela a los hijos, bueno eso más que nada.

M: ¿A estas personas se les ofrecen tratamientos desde el Centro de Salud?

TS: Sí, en la mayoría lo que hacemos es ofrecerles un tratamiento con psiquiatría o con salud mental, a la mayoría le hacemos eso, son las menos las que tenemos que recurrir a otra institución.

M: Con respecto al posicionamiento, se trabaja con la perspectiva de Reducción de Daños?

TS: Esa es un pregunta que me parece es más para psiquiatría, estaría bueno hacérsela a la psiquiatra, yo creo que sí, y vuelvo a lo mismo, en base a escuchar a la persona y ver qué es lo que necesita la persona, porque a lo mejor la persona dice “mi problemática no es la cocaína sino el consumo de alcohol, yo a la cocaína la manejo” entonces depende de lo que indique la persona.

M: ¿Qué crees que aporta esta perspectiva?

TS: Más que nada, proporciona libertad en elecciones para la persona que consume y creo que es fundamental que nosotros respetemos las libertades de esa persona.

M: ¿En cuánto a la relación con el equipo interdisciplinario, se reúnen y realizan evaluaciones sobre las situaciones abordadas? ¿Con qué frecuencia?

TS: Si, cuando podemos sí, generalmente es un torbellino todo el tiempo y nos cuesta pero sí. No hay una frecuencia establecida, nos vemos todo el tiempo porque pasamos muchas horas acá, la mayoría tenemos 36 horas semanales, entonces todos los días nos vemos. Porque como esas situaciones emergen, no son planificadas, no vienen a un turno de control, es cuando se puede.

M: Otra cosa que me interesa saber, es si a través del abordaje que realizan, se logran alcanzar cambios significativos en las vidas de las personas afectadas por los Consumos Problemáticos.

TS: Y... es nuestro objetivo, es nuestra meta. La verdad no cuantifique, tengo así en mente quienes están bastante mejor, pero las persona que he visto que han tenido cambios significativos es porque requirieron mucho acompañamiento, mucho seguimiento y poner mucho el cuerpo desde acá del Centro de Salud y generalmente son personas (y por esto insisto del lazo familiar que sostiene) con los lazos muy rotos, entonces más que nada, sí no podemos generarle un afuera que se un poco menos hostil es difícil ver cambios significativos, ya te digo nosotros lo podemos ver dos o tres veces por semanas pero la mayor parte de su vida transcurre en el barrio.

M: ¿Desde tu punto de vista crees que hay algo que sea necesario cambiar y/o mejorar en el abordaje que realizan?

TS: Sí, seguramente. Necesitamos más instituciones en el barrio, participación de Desarrollo Social en los barrios, somos la única institución con la que cuenta la persona. No puede ser que el lugar de atención sea en calle España en el centro y que todo este tan lejos para las personas, porque las personas no llegan, y estamos solos en los barrios, necesitamos mayor participación de Desarrollo Social, de la Secretaria de Juventudes, que tengan otra cosa para ofrecer más que nosotros un tratamiento médico. Los pibes vienen acá destrozados porque no hay algo antes y tiene que haber algo antes. Está desaparecido Desarrollo Social, la Secretaria de Juventudes, de deporte, en el barrio.

M: Para finalizar está entrevista, te pregunto ¿Cuál es el rol del Trabajo Social en el abordaje de los Consumos Problemáticos?

TS: Me parece que nuestro rol apunta a esas entrevistas donde nosotros por nuestra especificidad podemos andar en los lazos significativos que tiene la persona, la elaboración del familiograma, nuestra capacidad para poder a través de la escucha conocer qué es lo que le está sucediendo a esa persona, con quienes cuenta y cuáles son las dificultades que atraviesa, me parece que lo singular que nosotros le aportamos a las personas que padecen consumos problemáticos es está escucha empática, este conocimiento acerca de la situación, conocimiento del terreno, conocimiento de la población, conocimiento de las familias. Qué se yo, acá la que más sabe de las familias soy yo y no soy la más vieja de acá, hay muchísima más gente más vieja que yo pero yo soy la que ato hilo y digo este es el hijo de éste, está es la hermana de éste, a está le paso esto. Me parece que más el acercamiento que tenemos a la persona aporta una

dimensión de realidad hacia los otros compañeros también de otras disciplinas que dice “bueno llega a tu casa y en el baño de tu casa” y yo digo está persona no tiene baño, entonces la estrategia tiene que ser otra, y eso como que sucede muchísimo. Se recurre mucho al Trabajo Social, en realidad siempre que hay una situación de consumo problemático a la primera que me llaman es a mí, quizá por nuestra capacidad o nuestra función de siempre estar, a diferencia de otra disciplina que a lo mejor es más difícil el acceso.

M: Muchas gracias por tu tiempo y por toda la información que me brindaste.