



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DOCTORADO EN ENFERMERÍA

**EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS EN LA POBLACIÓN QUE CONSULTA A LOS
SERVICIOS DE GUARDIA DE HOSPITALES DEL SEGUNDO
NIVEL DE LA RED MUNICIPAL DE ROSARIO Y
VALORACIÓN CUALITATIVA DE LA ATENCIÓN BRINDADA
POR LOS PROFESIONALES ENFERMEROS EN DICHO
ÁMBITO**

Tesis presentada para optar al título de Doctora en Enfermería

Autora

**Licenciada en Enfermería
Martha Ballistreri**

Directora

Dra. Marta Abonizio

Rosario, julio 2017

AGRADECIMIENTOS

A Fausto, Leticia y Verónica, mi familia por sostenerme cuando caía.

A mis yernos, Rodrigo y Jonathan, por sostener a mis hijas cuando me sostenían.

A Ana, mi hermana y en ella a todos los otros de mi sangre.

A mis amigas Alejandra, Nydia, Graciela por escuchar, incentivar, acompañar.

A todos los que técnicamente me apoyaron y muy especialmente, Marta,

Manuel, Fernanda, María Florencia, Verónica, Omar, Juan Carlos, Leticia, y Guillermina.

A mis colegas por tolerar mis tiempos y mis humores.

A todos los que no nombro pero que ayudaron de una u otra manera.

Índice General

AGRADECIMIENTOS	2
ÍNDICE GENERAL	3
ÍNDICE DE TABLAS.....	7
ÍNDICE DE FIGURAS.....	9
RESUMEN Y PALABRAS CLAVES	10
ABSTRACT AND KEY WORDS	11
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS Y SIGLAS UTILIZADAS DURANTE EL TRABAJO	12
CAPÍTULO I.....	16
I - INTRODUCCIÓN	16
I - 1- APROXIMACIÓN AL PROBLEMA	16
I - 2 - ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO SOBRE EL TEMA	24
I - 3 - HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	48
<i>Objetivo general</i>	48
<i>Objetivos Específicos</i>	48
I - 4 - RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	49
CAPÍTULO II.....	52
II – MARCO TEÓRICO	52
II - 1 - DROGA Y DROGADEPENDENCIA	52
II - 2- RECORRIDO HISTÓRICO DEL CONSUMO DE DROGAS.....	66
II - 3- LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS O DROGAS.....	71
II - 4 - LA SITUACIÓN DE SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN Y EL FENÓMENO DE LAS DROGAS.....	72
II - 5 - MODELOS EXPLICATIVOS SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	82
II - 6 - REPRESENTACIONES SOCIALES [RS] Y EL PROBLEMA DROGAS	94
CAPÍTULO III.....	102
III- INTRODUCCIÓN ALA PROBLEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN	102
III - 1 - LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO	102
III - 2 - EL SERVICIO DE ENFERMERÍA	118
III - 3 - EL SERVICIO DE ENFERMERÍA EN LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO	125

CAPITULO IV	131
IV - FASE CUANTITATIVA.....	131
IV – 1 - DISEÑO METODOLOGICO	131
IV – 1.1 - Tipo de diseño.....	131
IV – 1.2 - Contexto	131
IV – 1.3 - Población	131
IV – 1.4 - Muestra	131
IV – 1.5 - Variables.....	132
IV – 1.6 - Definición Operacional de Términos.....	133
IV – 1.7 - Instrumento de Recolección de Datos	142
IV – 1.8 - Técnicas de recolección de datos.....	144
IV – 1.9 - Personal a cargo de la recolección de datos.....	145
IV – 1.10 - Aspectos ético-legales.....	146
IV – 1.11 - Análisis estadístico.....	146
IV – 2 - PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	147
IV - 2.1 - Datos grupales según Registro de Consultas de Usuarios de Sustancias Psicoactivas [SPA] a los Servicios de Guardia de los tres Hospitales Rosario, 2008 [n= 670]	147
IV - 2.1.1 - Perfil Sociodemográfico de los Usuarios [SPA]	147
IV - 2.1.2 - Consultas de los Usuarios de [SPA]	149
IV - 2.1.3 - Consumo de [SPA] o patrón de consumo	153
IV - 2.2 - Datos según Registro de Consultas de Usuarios de Sustancias Psicoactivas [SPA] a los Servicios de Guardia por Hospital Rosario, 2008 [n= 670]	163
IV - 2.2.1 - Perfil Socio Demográfico de los Usuarios de [SPA] por Hospital	163
IV - 2.2.2 - Consultas de los Usuarios de [SPA] por hospital	166
IV - 2.2.3 - Consumo de [SPA] o patrón de consumo por hospital.....	168
IV – 3 - DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	169
IV – 3.1 - Discusión de resultados	169
IV – 3.1.1 - Sobre el Perfil Socio Demográfico.....	169
IV – 3.1.2 - Sobre las características de las Consultas por [SPA]	174
IV – 3.1.3 - Sobre el Patrón de Consumo	177
CAPÍTULO V	188
V - FASE CUALITATIVA.....	188
V - 1 - DISEÑO METODOLÓGICO	188
V – 1.1 - Objeto de la investigación	188

V – 1.2 - Enfoque teórico-metodológico	189
V – 1.3 - Contexto	190
V – 1.4 - Unidades de análisis	190
V – 1.5 - Criterios de selección del referente empírico o unidades de análisis	190
V – 1.6 - Técnicas de recolección de la información.....	191
V – 1.7 - Proceso de análisis de la información.....	195
V – 1.8 - Persona a cargo de la obtención de la información	198
V – 1.9 - Categorías y subcategorías.....	199
V – 1.10 - Aspectos ético-legales	200
V - 2 - PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	203
V – 2.1 - Representaciones sobre el USUARIO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	203
V – 2.2 - Perspectiva sobre el cuidado que brindan A LOS USUARIOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	211
V – 2.3 - Obstáculos que reconocen PARA LA ATENCIÓN QUE LE BRINDAN A LOS USUARIOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	219
V – 2.4 - Fortalezas que reconocen para brindar la ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	230
V - 3 - DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	234
V – 3.1 - Sobre las representaciones sociales [RS]	234
V – 3.2 - De la perspectiva sobre el cuidado que brindan	271
V – 3.3 - Sobre los Obstáculos que reconocen para la atención que brindan	291
V – 3.4 - Sobre las fortalezas que reconocen para brindar la atención	316
CAPÍTULO VI	326
VI - 1 - CONCLUSIONES	326
VI - 2 - PROPUESTAS O RECOMENDACIONES.....	338
VII - 2.1 - Propuestas en relación a la Práctica.....	338
VII - 2.2 - Propuestas en relación a la Formación.....	345
VI – 3 - LÍNEAS QUE SE ABREN AL FINALIZAR LA INVESTIGACIÓN	348
BIBLIOGRAFÍA	350
ANEXOS	376
ANEXO I: LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS O DROGAS SEGÚN LA [CIE-X]	376
ANEXO II: RED DE EFECTORES DE SALUD DE ROSARIO	413
ANEXO III: DISTRITOS EN QUE ESTÁ DIVIDIDA LA CIUDAD DE ROSARIO	414
ANEXO IV: PLANILLAS DE ADMISIÓN.....	415
ANEXO V: PLANILLA DE VOLCADO DE DATOS.....	422

ANEXO VI: CONSENTIMIENTO INFORMADO	423
ANEXO VII: INFORMACION SOBRE REFERENTES EMPÍRICOS	424
<i>Anexo VII - 1: INFORMACIÓN SOBRE REFERENTES EMPÍRICOS HOSPITAL "DR. JUAN BAUTISTA ALBERDI"</i>	424
<i>Anexo VII - 2: INFORMACIÓN SOBRE REFERENTES EMPÍRICOS HOSPITAL "DR. ROQUE SAENZ PEÑA"</i>	425
<i>Anexo VII - 3: INFORMACIÓN SOBRE REFERENTES EMPÍRICOS HOSPITAL "INTENDENTE GABRIEL CARRASCO"</i>	426

Índice de Tablas

TABLA 1: CONSULTAS TOTALES DE USUARIOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SEGÚN HOSPITAL [N= 670]. ROSARIO, 2008.	132
TABLA 2: USUARIOS DE [SPA] QUE CONSULTARON A LOS SERVICIOS DE GUARDIA DE LOS TRES HOSPITALES, SEGÚN GRUPO ETARIO. ROSARIO, 2008.....	147
TABLA 3: USUARIOS DE [SPA] QUE CONSULTARON A LOS SERVICIOS DE GUARDIA DE LOS TRES HOSPITALES, SEGÚN SEXO Y GRUPO ETARIO. ROSARIO, 2008	148
TABLA 4: USUARIOS DE [SPA] QUE CONSULTARON A LOS SERVICIOS DE GUARDIA DE LOS TRES HOSPITALES, SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA Y GRUPO ETARIO. ROSARIO, 2008.	149
TABLA 5: USUARIOS DE [SPA] QUE CONSULTARON A LOS SERVICIOS DE GUARDIA DE LOS TRES HOSPITALES, SEGÚN MES Y DÍA DE LA SEMANA (CATEGORIZADO EN FIN DE SEMANA Y ENTRE SEMANA). ROSARIO, 2008.	150
TABLA 6: USUARIOS DE [SPA] QUE CONSULTARON A LOS SERVICIOS DE GUARDIA DE LOS TRES HOSPITALES, SEGÚN DÍA DE LA SEMANA (CATEGORIZADO EN FIN DE SEMANA Y ENTRE SEMANA) Y TURNO DE TRABAJO DE LOS PROFESIONALES ENFERMEROS. ROSARIO, 2008.....	151
TABLA 7: USUARIOS DE [SPA] QUE CONSULTARON A LOS SERVICIOS DE GUARDIA DE LOS TRES HOSPITALES, SEGÚN MODO DE INGRESO. ROSARIO, 2008.	151
TABLA 8: <i>USUARIOS DE [SPA] QUE CONSULTARON A LOS SERVICIOS DE GUARDIA DE LOS TRES HOSPITALES, SEGÚN MODO DE INGRESO Y DESTINO. ROSARIO, 2008.</i>	152
TABLA 9: USUARIOS DE [SPA] QUE CONSULTARON A LOS SERVICIOS DE GUARDIA DE LOS TRES HOSPITALES, SEGÚN SUSTANCIA CONSUMIDA Y SEXO. ROSARIO, 2008	153
TABLA 10: USUARIOS DE [SPA] QUE CONSULTARON A LOS SERVICIOS DE GUARDIA DE LOS TRES HOSPITALES, SEGÚN SUSTANCIAS MÁS CONSUMIDAS Y GRUPO ETARIO. ROSARIO, 2008.....	154
TABLA 11: USUARIOS DE [SPA] QUE CONSULTARON A LOS SERVICIOS DE GUARDIA DE LOS TRES HOSPITALES, SEGÚN SUSTANCIAS MÁS CONSUMIDAS Y MODO DE INGRESO. ROSARIO, 2008.....	154
TABLA 12: USUARIOS DE [SPA] QUE CONSULTARON A LOS SERVICIOS DE GUARDIA DE LOS TRES HOSPITALES, SEGÚN SUSTANCIAS MÁS CONSUMIDAS Y DESTINO. ROSARIO, 2008.	155
TABLA 13: USUARIOS DE [SPA] QUE CONSULTARON A LOS SERVICIOS DE GUARDIA DE LOS TRES HOSPITALES, SEGÚN SUSTANCIA CONSUMIDA E INTENCIÓN DEL CONSUMO. ROSARIO, 2008.....	156
TABLA 14: USUARIOS DE [SPA] QUE CONSULTARON A LOS SERVICIOS DE GUARDIA DE LOS TRES HOSPITALES, SEGÚN INTENCIÓN DEL CONSUMO Y SEXO. ROSARIO, 2008.	157
TABLA 15: USUARIOS DE [SPA] QUE CONSULTARON A LOS SERVICIOS DE GUARDIA DE LOS TRES HOSPITALES, SEGÚN INTENCIÓN DEL CONSUMO Y GRUPO ETARIO. ROSARIO, 2008.	157
TABLA 16: USUARIOS DE [SPA] QUE CONSULTARON A LOS SERVICIOS DE GUARDIA DE LOS TRES HOSPITALES, SEGÚN CUADROS CLÍNICOS. ROSARIO, 2008.	158

TABLA 17: USUARIOS DE [SPA] MÁS CONSUMIDAS QUE CONSULTARON A LOS SERVICIOS DE GUARDIA DE LOS TRES HOSPITALES, SEGÚN INTOXICACIÓN AGUDA Y EVOLUCIÓN. ROSARIO, 2008.	160
TABLA 18: USUARIOS DE [SPA] MÁS CONSUMIDAS QUE CONSULTARON A LOS SERVICIOS DE GUARDIA DE LOS TRES HOSPITALES, SEGÚN SÍNDROME DE ABSTINENCIA Y EVOLUCIÓN. ROSARIO, 2008.	161
TABLA 19: USUARIOS DE [SPA] MÁS CONSUMIDAS QUE CONSULTARON A LOS SERVICIOS DE GUARDIA DE LOS TRES HOSPITALES, SEGÚN SÍNDROME DE DEPENDENCIA Y EVOLUCIÓN. ROSARIO, 2008.....	162
TABLA 20: USUARIOS DE [SPA] QUE CONSULTARON A LOS SERVICIOS DE GUARDIA POR HOSPITAL, SEGÚN PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO, GRUPO ETARIO Y LUGAR DE PROCEDENCIA. ROSARIO, 2008.	164
TABLA 21: USUARIOS DE [SPA] QUE CONSULTARON A LOS SERVICIOS DE GUARDIA POR HOSPITAL, SEGÚN DÍA DE LA SEMANA (CATEGORIZADO EN FIN DE SEMANA Y ENTRE SEMANA). ROSARIO, 2008.	166
TABLA 22: USUARIOS DE [SPA] QUE CONSULTARON A LOS SERVICIOS DE GUARDIA POR HOSPITAL, SEGÚN TURNO DE TRABAJO DE LOS PROFESIONALES ENFERMEROS. ROSARIO, 2008.	166
TABLA 23: USUARIOS DE [SPA] QUE CONSULTARON A LOS SERVICIOS DE GUARDIA POR HOSPITAL, SEGÚN MODO DE INGRESO. ROSARIO, 2008.....	167
TABLA 24: USUARIOS DE [SPA] QUE CONSULTARON A LOS SERVICIOS DE GUARDIA POR HOSPITAL, SEGÚN DESTINO. ROSARIO, 2008.	167
TABLA 25: USUARIOS DE [SPA] QUE CONSULTARON A LOS SERVICIOS DE GUARDIA DE POR HOSPITAL, SEGÚN SUSTANCIA CONSUMIDA. ROSARIO, 2008.	168
TABLA 26: MEZCLAS DE ALCOHOL CON OTRAS DROGAS DE ABUSO E INTERACCIONES MÁS RELEVANTES	380
TABLA 27: FORMAS DE USO DE LA COCAÍNA Y SU FARMACOCINÉTICA.....	400

Índice de Figuras

FIGURA 1. PAWLOWICZ, 2007. LA DIVERSIDAD DE PRÁCTICAS DE USO DE DROGAS. LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL PROBLEMA DROGA, INTERCAMBIOS ASOCIACIÓN CIVIL, P. 4	74
FIGURA 2. EXPLICACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD. (CASTELLANOS, 1988, PÁG. 49)	76
FIGURA 3. USUARIOS DE [SPA] QUE CONSULTARON A LOS SERVICIOS DE GUARDIA DE LOS TRES HOSPITALES, SEGÚN GRUPO ETARIO. ROSARIO, 2008.....	147
FIGURA 4. USUARIOS DE [SPA] QUE CONSULTARON A LOS SERVICIOS DE GUARDIA DE LOS TRES HOSPITALES, SEGÚN SEXO Y GRUPO ETARIO. ROSARIO, 2008.	148
FIGURA 5. USUARIOS DE [SPA] QUE CONSULTARON A LOS SERVICIOS DE GUARDIA DE LOS TRES HOSPITALES, SEGÚN INTENCIÓN DEL CONSUMO. ROSARIO, 2008.	156
FIGURA 6. MECANISMO DE ACCIÓN DE LOS ANSIOLÍTICOS.	390
FIGURA 7. MECANISMO DE ACCIÓN DE LOS NEUROLÉPTICOS O ANTIPSICÓTICOS.	393
FIGURA 8. MECANISMO DE ACCIÓN DE LOS ANTIDEPRESIVOS.....	395
FIGURA 9. CLASIFICACIÓN DE LOS ALUCINÓGENOS O DROGAS PSICODÉLICAS.	407

RESUMEN Y PALABRAS CLAVES

Se realizó una fase cuantitativa con diseño descriptivo, retrospectivo y transversal sobre registros por consultas de usuarios que ingresaron a la Guardia de Hospitales de mediana complejidad de la Red de Servicios de Salud Municipal por consumo de sustancias psicoactivas [SPA], durante el año 2008. La muestra lograda fue [n=670] y las [SPA] que más produjeron consultas fueron el alcohol (F10), cocaína (F14) y sedantes o hipnóticos (F13). Los usuarios fueron adultos jóvenes y maduros, mayoría hombres, de todos los Distritos de la ciudad, que consultaron más durante el fin de semana y en los horarios de 18 a 6 horas de la mañana.

En otra fase, cualitativa con enfoque constructivista se indagó sobre las representaciones sociales [RS] de los profesionales enfermeros sobre el usuario de [SPA] y los elementos que favorecen u obstaculizan el cuidado que les brindan. Las [RS] tenían carga negativa, independientes de su formación de grado o capacitación. Fueron discriminativas, estigmatizantes: usuario como enfermo, enfermo mental, asociándolo a ilegalidad y delincuencia. Adhirieron a terapéuticas alineadas con la medicalización o judicialización. Soslayaron la obligatoriedad de la denuncia ante consumo de drogas ilegales. Valoraron el cuidado enfermero integral, pero la realidad mecaniza e invisibiliza al sujeto, desarrollan con autonomía la práctica, establecen el vínculo y la comunicación de modo que los distingue de otros profesionales. Obstáculos: fragmentación de Red de Servicios, la organización de otros equipos, continuidad del trabajo enfermero con ausencia del resto, demandas del propio sujeto, escaso trabajo en equipo y débil formación en el área.

PALABRAS CLAVES

Usuario - Consumo –Sustancias Psicoactivas – Guardia – Cuidado Enfermero- Profesional – Enfermero

ABSTRACT AND KEY WORDS

A quantitative phase with a descriptive, retrospective and cross sectional design was carried out in relation to the consultation records of persons that were admitted to the Emergency Room of medium complexity hospitals from the Municipal Health Care Services Network (Red de Servicios de Salud Municipal) because of psychoactive substances consumption (SPA by its acronym in Spanish), during the year 2008. The gathered sample consisted of [n=670] and the [SPA] for which most people consulted about were alcohol (F10), cocaine (F14) and sedatives or hypnotics (F13). The users were mature and young adults, mainly men, and from all different areas of the city. The consultations were mainly during the weekend and from 6pm to 6am.

In another phase, that was qualitative and with a constructivist approach, the investigation was about the social representations (RS by its acronyms in Spanish) of professional nurses on the user of [SPA] and the elements that favour or obstruct the attention provided. The [RS] had a pejorative sense, regardless of the nurses' educational level or training. They were discriminative, stigmatizing: the user was considered a sick person, a mentally-ill person and was associated with illegality and delinquency. The professionals stuck themselves to the therapies related to medicalization and judicialization. They omitted the mandatory nature of making a report when there is consumption of illegal drugs. They valued the comprehensive nursing care, but reality systematizes and makes the subject invisible. They develop their practise with autonomy, they establish a bond and they communicate with patients, which makes them different from other professionals. Obstacles: the fragmentation of the Service Network, the organization of other teams, the continuous nursing work without the rest of the workers, the subject's demands, limited teamwork and poor training in the area.

KEY WORDS

User – Consumption – Psychoactive Substances – Emergency Room – Nursing Care - Nurse

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS Y SIGLAS UTILIZADAS DURANTE EL TRABAJO

[AC]	Antes de Cristo
[ADT]	Antidepresivos tricíclicos
[AINE]	Antinflamatorios no esteroides
[APA]	Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association)
[AUDIT]	Alcohol use Disorders Identification Test
[BZD]	Benzodiacepina
[CEBRID]	Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas
[CEDECOR]	Centro de Consulta y Orientación [SEDRONAR]
[CENARESO]	Centro Nacional de Reeducción Social[SEDRONAR]
[CICAD]	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
[CISA].	<i>Centro de Informações sobre Saúde e Álcool</i>
[COFEDRO]	Consejo Federal de Drogas[SEDRONAR]
[DSM-IV-TR]	Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales Cuarta Revisión Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
[DIPAES]	Dirección de Provincial de Accidentología y Emergencias Sanitarias
[DOM]	Dimetoxi-metil-anfetamina
[EBBA]	Escala Breve del Bebedor Anormal

[ECI]	Enfermera en Control de Infecciones
[F 10- F 19]	Identificación de los Trastornos mentales y del comportamiento por el consumo de psicótopos, según la [CIE-10]
[F 55]	Identificación de los abusos de sustancias que no producen dependencia, según la [CIE-10]
[GABA]	Ácido gamma amino butírico
[HA]	Hospital Dr.Juan Bautista Alberdi
[HECA]	Hospital de Emergencias "Dr. Clemente Álvarez"
[HIC]	Hospital "Intendente Gabriel Carrasco"
[HRSP]	Hospital " Dr. Roque Sáenz Peña"
[HVV]	Hospital de Niños "Víctor J. Vilela"
[5 HT]	Receptores de 5-hidroxitriptamina
[LSD]	Dietilamida del ácido lisérgico
[IMAO]	Inhibidores irreversibles de la mono amino oxidasa
[ISRS]	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
[ISEF]	Instituto Superior de Educación Física, Rosario
[IUNIR]	Instituto Universitario Italiano Rosario
[Li+]	Sales de litio
[MDA]	Metileno-dioxi-anfetamina

[MDMA]	3-4 Metilene-dioxi-metanfetamina
[MAO-A]	Mono amino oxidasa
[NIH]	National Institutes of Health
[NIDA]	National Institute on Drug Abuse
[OEDT]	Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanía
[OEA]	Organización de Estados Americanos
[ONG]	Organización no Gubernamental
[PAE]	Proceso de Atención de Enfermería
[PCP]	Fenciclinida
[PSICOMED]	Centro Privado de Salud Mental
[RAE]	Real Academia Española
[RIAASP]	Red Integral de Asistencia del Abuso de Sustancias Psicoactivas
[RS]	Representaciones Sociales
®	Laboratorios Roche
	Laboratorios Sandoz
[S-E-A]	Proceso Salud-Enfermedad-Atención
[SEDRONAR]	Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico

[SSI]	Sistema de Salud Integrado
[SNC]	Sistema Nervioso Central
[SPA]	Sustancias Psicoactivas
[THC]	Delta-9-tetrahidrocanabinol
[TICs]	Tecnologías de la Información y Comunicación
[UNAD)).	Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente
[UNESCO]	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
[UNODC]	Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
[UNR]	Universidad Nacional de Rosario
[VIH/SIDA]	Virus de Inmunodeficiencia Humana /Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

CAPÍTULO I

I - INTRODUCCIÓN

I - 1- Aproximación al Problema

Abordar el consumo de sustancias psicoactivas en un lugar determinado y en una población determinada, lleva a centrar la mirada en un fenómeno: la droga, fenómeno que se analiza desde una perspectiva relacional, ya que la droga no existe como algo independiente de las múltiples y variadas formas de uso. Este fenómeno se ha convertido en los tiempos que corren, en un problema del mundo globalizado, que abarca aristas múltiples y que se presentan alternativamente como problema de Salud, problema de la Salud Pública, de la Sociedad en general, del Estado Nacional, de Seguridad Nacional, de Relaciones Internacionales, entre otros. La droga se ha convertido en la mercancía por excelencia de estos tiempos, y como tal asume las reglas del mercado. Aparece un consumo y una producción, países de tránsito, productores, consumidores o ambos. Se introduce en las economías nacionales e internacionales y genera tráfico, corrupción, inestabilidad política, violencia, criminalidad. Es vivida como amenaza por los países y genera políticas en materia de drogas: locales, nacionales e internacionales, organizadas alrededor de dos grandes ejes: la oferta y la demanda, el primero enfocado en la producción y distribución de la droga, el segundo orientado hacia los consumidores. Ya a partir de 1961 las Naciones Unidas producen instrumentos internacionales que rigen la política internacional para el control de la oferta de droga, generando posturas diferentes de los países respecto a la oferta y a la demanda y distintos enfoques respecto a las sustancias y los propios consumidores (Corda, 2007)

Una de las fases de esta investigación tuvo como propósito central la evaluación del consumo de la población que consultó o fue traída a la consulta ya que no lo podía hacer por sus propios medios, a los Servicios de Guardia, por consumo de sustancias psicoactivas. En todo el trabajo esas sustancias, clasificadas según la [CIE-X], son las

que se consideran droga o drogas, independientemente del uso que hagan las personas de ellas.

En cuanto al término evaluación, palabra que se puede aplicar a una gran cantidad de actividades del ser humano, en su acepción más amplia, según el Diccionario de la Real Academia Española, significa "señalar el valor de una cosa". Evaluar es un verbo cuya etimología se remonta al francés "*évaluer*" y que permite indicar, valorar, establecer, apreciar o calcular la importancia de una determinada cosa o asunto. (Real Academia Española, 2001). Siguiendo esta definición, la palabra evaluación designaría el conjunto de actividades que sirven para dar un juicio, hacer una valoración, medir "algo", un objeto, una situación, un proceso, ajustado a determinados criterios de valor con que se emite dicho juicio. En la vida cotidiana, se producen permanentemente valoraciones al momento de llevar a cabo determinadas acciones, pero son evaluaciones de tipo informal que no se sustentan en datos objetivos, suficientes, claros, etc. Por eso cuando se plantea en el trabajo, la evaluación del consumo de la población, se adhiere a la definición estricta del concepto:

Quando en las ciencias sociales y en las diferentes modalidades de intervención social se habla de evaluación, se refiere a un primer intento de aproximación, a una forma de valoración sistemática que se basa en el uso de procedimientos que, apoyados en el uso del método científico, sirve para identificar, obtener y proporcionar la información pertinente y enjuiciar el mérito y el valor de algo de manera justificable. (Cano Ramirez, 2006, pág. 3)

No existe diferencia entre el propósito de una evaluación informal y otra formal, sino que la diferencia radica en los métodos que se utilizan para concretarla. Por eso la evaluación aquí realizada, estuvo encaminada a obtener y proporcionar información sobre lo que se iba a evaluar: el consumo de sustancias psicoactivas; cómo se iba a identificar o recolectar la información, que se resolvió mediante técnicas como lectura de documentos donde se encontró asentada la información referida a las características sociodemográficas de los usuarios, formas de consumo y prestaciones brindadas y por último, cómo se iba a socializar lo encontrado: a través de la elaboración de este informe

para poder difundir los hallazgos a los actores sociales involucrados, aquí profesionales enfermeros/gestión de servicios, entre otros, a la comunidad científica y al público en general.

Otro sentido que tuvo esta evaluación realizada sobre un fenómeno tan sensible como es el del consumo de droga fue:

[...] para proporcionar información objetiva que pueda fundamentar las decisiones de los responsables de un programa o proyecto, haciendo que disminuyan las posibilidades de fracaso del mismo. Tampoco debemos olvidar que, en ese sentido, la evaluación es un instrumento útil para mejorar las políticas y las intervenciones sociales, haciéndolas más eficaces y eficientes, más idóneas y pertinentes. (pág. 5)

Así en el trabajo para evaluar el consumo de los usuarios de drogas o sustancias psicoactivas se identificaron las consultas que durante el año 2008 se realizaron a causa del mismo en los Servicios de Guardia de los Hospitales de mediana complejidad de la Red de Servicios de Salud dependientes de la Municipalidad de Rosario: Hospital Intendente Carrasco; Hospital Juan Bautista Alberdi y Hospital Roque Sáenz Peña. Este relevamiento, aunque reducido, fue un modo de caracterizar la magnitud local de dicha demanda, ya que se tuvieron en cuenta las consultas recibidas por consumo de drogas de personas que llegaron espontáneamente o que las trajeron por no poder hacerlo por sí mismos y que fueron registrados en las Hojas de Admisión de cada Hospital.

Se aclara que la investigación se desarrolló entre los años 2008-2010, período de la ida y vuelta al campo para producir la información, tanto con técnicas cuantitativas como cualitativas.

Reconocer la magnitud del problema del consumo a partir de los Servicios de Guardia de los Hospitales tiene la finalidad de construir indicadores, de estandarizar una información sobre el mismo, para poder articular intervenciones con distintas instituciones de la comunidad y para encontrar respuestas a la problemática.

Los datos provenientes de diversas fuentes como por ejemplo, centros de urgencias, medicina forense, establecimientos penitenciarios, centros de tratamiento y

rehabilitación, entre otros, aportan una información variada en términos de patrones y tendencias de consumo en aquellos que presentan uso problemático de sustancias, lo cual enriquece el análisis y comprensión de la situación y son de una utilidad incomparable al momento de diseñar los programas y proyectos para su disminución. En este contexto particular, los estudios de salas de Guardias o Urgencias, proporcionan una imagen mucho más clara de lo que está sucediendo en una ciudad o en un país a nivel de consumo de sustancias y su impacto sobre la salud de los individuos, en la escala específica en que se asocia a emergencias que requieren hospitalización o atención inmediata. El consumo y el abuso de sustancias psicoactivas tiene consecuencias para el sujeto y en ese sentido, si en una comunidad el consumo de drogas presenta prevalencia alta en el último año y último mes, la misma debería manifestarse en las salas de urgencia con casos relacionados con sobredosis, accidentes de tráfico, riñas callejeras, intoxicaciones, asaltos, entre otros. (Pérez Gómez, 2004)

En la ciudad de Rosario se llevó a cabo, en 2006, un meta análisis de los resultados de investigaciones realizadas en Argentina sobre la problemática de las drogas y sus características epidemiológicas. Encontraron que la edad del consumidor en promedio en todos los estudios fue entre 12-30 años (78%) y 31 -60 años (12%). En cuanto al sexo hubo predominio del sexo masculino (56,4%) sobre el femenino (44, 6%). Respecto a la escolaridad, todos (100%) eran escolarizados: 25% primaria, 60 % secundaria y 15% universitarios. Con relación a su estado civil: 69% solteros, 20% casados, 11 divorciados. En cuanto a las características del consumo fueron, el inicio: 72,5% entre 12-15 años, 20% entre 13 -20 años, 7,5% entre 9-10 años; el tipo de sustancia: alcohol 91%, tabaco 67%, marihuana 2.3 %, cocaína 0.83%; cantidad abundante respecto a alcohol: más de 1 litro de cerveza; tabaco entre 20 y más cigarrillos diarios; combinación de sustancias: 72% consumía alcohol y tabaco, 14% alcohol y marihuana, 1.3 % alcohol y psicofármacos, 0,7% alcohol y cocaína; frecuencia:

93.7% en forma regular (más de 3 veces por semana), 1, 8% esporádica (1-2 veces por semana) 4,5% no consumía. (Chervo & Ferronato, 2006)

Peralta (2009), diputado nacional y vicepresidente segundo de la Comisión de Prevención de Adicciones de la Cámara de Diputados de la Nación, a fines de julio de 2008, junto con un equipo de censistas realizó un muestreo de 400 jóvenes rosarinos entre 15 y 35 años, en diferentes puntos geográficos de Rosario, como plazas céntricas, a la salida de las escuelas de barrios periféricos y a alumnos de la Universidad Nacional de Rosario (UNR), para identificar las situaciones respecto al consumo de sustancias psicoactivas, y para avanzar en el trazado de políticas destinadas a la prevención, asistencia y al control del narcotráfico. En la encuesta, los jóvenes reconocieron que el lugar más frecuente donde comienzan el consumo es en la casa de los amigos, al 80% de la muestra le ofrecieron drogas alguna vez; de ese número 29,17% reconoció haber recibido ofrecimientos de sustancias en la casa de amigos, seguido por los boliches (24,68%) y también en la calle (14,74%). Consultados sobre la motivación que llevó a los jóvenes a consumir estupefacientes, en primer lugar los encuestados señalaron que lo hacían porque les gustaba, en segundo término para experimentar y tercero por problemas familiares. Entre las sustancias consumidas el paco alcanzaba 97,4%, el pegamento 97,7 % y la cocaína 92,6%. Más abajo aparecían las pastillas en 75,8%, y la marihuana con 33,3%. En el informe se destacaba que 9 de cada 10 chicos de entre 14 y 21 años, ya probaron alguna vez alguna de estas sustancias.

En el verano de 2009, momento del trabajo de campo, solo en el Hospital Municipal Juan Bautista Alberdi, enclavado en una zona balnearia de Rosario se atendían, cada viernes y sábado por la noche, al menos 10 pacientes alcoholizados. En ese grupo, la mayoría eran menores que también llegaban heridos o con golpes causados por peleas provocadas por el mismo estado de ebriedad. El consumo de alcohol y sus consecuencias era la mayor causa de consultas durante los fines de semana en ese hospital ubicado al norte de la ciudad. Desde la Guardia señalaron que solían recibir mayores y menores

alcoholizados todos los días, sin embargo la cifra aumentaba drásticamente durante los fines de semana: "llegan siempre varones y mujeres, pero los varones siempre son más y si bien la franja de edad de quienes llegan oscila entre los 15 y 25 años, la mayoría son menores". (Diario La Capital, Rosario, 2009)

En el Territorio Nacional existe la Ley 24.778, sancionada el 5 de marzo de 1997 y reglamentada nuevamente en el año 2009 en la que se prohíbe la comercialización de bebidas alcohólicas a menores de edad. (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2009)

En Rosario existe la regulación de esta Ley a través de la Ordenanza Municipal N° 5.845, que data de 1994. (Municipalidad de Rosario, 1994). Dicha ordenanza prohíbe en todo el ejido urbano de la Municipalidad de Rosario, la venta de bebidas a menores de 18 años. Sin embargo, la realidad, los estudios locales y algunas estadísticas de salud revelaban que los menores acceden a las bebidas, quizás entre otras condiciones, por una venta donde no se los obliga a presentar una identificación que los acredite como mayores o bien, a través de la compra de mayores que luego distribuyen las bebidas entre el resto de los jóvenes.

Estos datos entre otros, fueron algunas de las motivaciones de partida que incentivaron el desarrollo de la fase cuantitativa de esta investigación.

La otra fase del trabajo, se centró en la valoración cualitativa de la atención que brindaban a los usuarios de sustancias psicoactivas o drogas, los profesionales enfermeros en los Servicios de Guardia de los tres Hospitales mencionados. Esta valoración significó "poner en valor", "hacer valer", "dar valor", según los discursos de los propios profesionales, a la tarea, a la atención, al cuidado que les prestaban cuando estas personas ingresaban al Servicio de Guardia. (Gabilondo Pujol)

Se buscó comprender cómo los profesionales en enfermería, enfermeros y licenciados en enfermería, que trabajaban en esos Servicios, en el período 2008-2010, entendían, veían, relataban y explicaban desde su marco interpretativo, la atención que

desarrollaban a los usuarios de sustancias psicoactivas. Se intentó suspender las creencias y marcos de referencias y perspectivas propias de la investigadora para dar lugar a la diversidad y a las significaciones que aparecieron, tanto verbal como subyacentes, y que conformaron la perspectiva del actor. Esa perspectiva, al decir de Roxana Guber, "tanto la diversidad como la perspectiva del actor tienen existencia empírica, aunque su formulación, construcción e implicancias estén definidas desde la teoría". (Guber, 2004).

Entonces, para averiguar el concepto que tenían sobre los usuarios de drogas, se recurrió a reconocer las representaciones sociales [RS] que los profesionales enfermeros, en tanto actores sociales, construían como entidades operativas, como conjunto más o menos estructurado de nociones, imágenes, creencias, metáforas y actitudes que definían su actividad cotidiana en relación a estos usuarios. (Jodelet, 1986)

Al trabajar con [RS] es fundamental reconocer en qué contexto se dan, la temporalidad y la historicidad con que se identifican. Desde 2008 cuando se comenzó a proyectar este trabajo, hasta la actualidad o momento de elaboración del informe, se pudieron identificar cambios en la problemática, presencia casi permanente del tema en los medios masivos de comunicación, con significados cargados y tensionados, modificación en la teoría sobre el problema, aumento de los eventos de inseguridad que en esta ciudad, más que en ninguna otra del país, se los liga a la droga, al delito y al narcotráfico, tanto es así que se la nombra, en los medios, como "Rosario, la narco ciudad".

Otros cambios fueron cierta apertura en las Políticas sobre drogas en un país limítrofe, Uruguay, que tuvo una ley, aprobada en diciembre 2013, que regula la producción y comercialización de la marihuana, ley cuya propuesta e iniciativa fue del gobierno del Presidente José Mujica que permite, actualmente, hasta seis plantas de cannabis por hogar (480 gramos al año) y cuyo registro se inició en agosto 2014. (Infobae, 2014)

En relación a la disciplina de la Enfermería y el cuidado a personas con consumo de sustancias, se reconoce que es una profesión que sustenta su praxis en conocimientos científicos y que, incorporada dentro de los equipos que sostienen la atención de estos usuarios, sea en el servicio que sea, se enfrenta a una problemática compleja, sobre la que circulan posiciones encontradas, opiniones, imágenes estigmatizantes y estereotipos que inevitablemente van a acompañar su práctica enfermera: "Las práctica profesionales [incluidas las de Enfermería] están atravesadas por las distintas representaciones que socialmente están configuradas sobre la droga y que están fuertemente impregnadas de prejuicios y estereotipos." (Abonizio M. , 2004, pág. 91)

En este sentido, surgieron preguntas orientadoras para este trabajo, como por ejemplo: ¿cómo se juegan las representaciones sociales sobre los usuarios y las drogas? ¿Cómo interpela sus cuidados de todos los días, cuando ingresan los usuarios de sustancias psicoactivas para su atención? ¿Cómo es el cuidado enfermero que les brindan? ¿Es igual o hay diferencias? ¿Intervienen los estereotipos y la estigmatización que circula socialmente sobre los drogadependientes en su quehacer?

A la profesión de Enfermería se le reconocen características como trabajadores de la salud, tales como el compromiso y la solidaridad, sus capacidades comunicacionales, los modos de establecer vínculos que permiten detectar problemas (aun los no dichos, aun los no reconocidos) y por eso se espera de estos profesionales un rol sumamente satisfactorio en el campo de la prevención de las drogas y en la reducción de la demanda. (Chervo M. A., 2007)

La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD] de Organización de los Estados Americanos [OEA] considera a los enfermeros como agentes claves en el área de la salud, por el cambio y la transformación que pueden producir con las personas, familias y comunidades. Además, reconoce que cumplen una función esencial en el diseño y ejecución de programas de promoción de la salud y de prevención en varios campos interdisciplinarios, uno de ellos es la atención de este fenómeno que

son las drogas. Por cierto, los enfermeros forman el mayor contingente de trabajadores en el ámbito de la salud y son los profesionales que tienen más contacto con las comunidades y por eso se les reconoce que están en condiciones de percibir la existencia del problema de drogas en los distintos ámbitos donde se inserten. (Wright, 2004)

De allí que se consideró importante identificar las [RS] que tienen los profesionales enfermeros, señalados como los referentes empíricos en la fase cualitativa, que se desempeñaban en los Servicios de Guardia de los Hospitales de mediana complejidad de la Red de Salud de la Municipalidad de Rosario, Hospital Dr. Roque Sáenz Peña, Hospital Intendente Gabriel Carrasco y Hospital Dr. Juan Bautista Alberdi, para poder comprender sus prácticas y sus saberes, los significados que se juegan y los obstáculos y las fortalezas que reconocen cuando llevan adelante el cuidado a estos usuarios.

I - 2 - Estado actual del conocimiento sobre el tema

Aportes que se focalizan en el eje de las instituciones de salud /trabajadores de la salud/enfermeros

Desde "Intercambios", Asociación Civil para el estudio y atención de problemas relacionados con las drogas, se llevó a cabo una investigación sobre "Las representaciones sociales y los dispositivos de intervención en drogas en ámbitos sanitarios en la que se describieron los dispositivos asistenciales destinados a consumidores de drogas y las representaciones sociales que de estos últimos tenían los profesionales que trabajaban con ellos, en zonas carenciadas y marginales del área metropolitana de Buenos Aires (Argentina). (Pawlowicz, y otros, 2006)

Realizaron una caracterización de los dispositivos involucrados en la asistencia del uso de drogas, mostrando una gran heterogeneidad que reproducía la fragmentación del Sistema de Salud en Argentina y la diversidad institucional propia del campo de la salud mental. Esta investigación de "Intercambios" aportó al presente trabajo ya que identificaron las representaciones que, respecto al consumidor de drogas, tenían esos

profesionales. Así se pueden destacar representaciones sociales que se inscriben en dos líneas: por un lado, el usuario de drogas como delincuente y por otro, el usuario de drogas como enfermo. Con respecto a la primera representación, se reiteraba la ecuación por la cual se equipara al consumidor de drogas con el delincuente, surgiendo, de esta manera, la consideración de sujeto peligroso, autodestructivo y despreocupado respecto de su salud. Los autores de ese trabajo señalaron que esta ecuación se asocia con el modo con que se ha problematizado en estos últimos años la cuestión de las drogas: como un tema que el Estado debe atender, vinculándolo a la pauperización de amplios sectores y al creciente fenómeno de la inseguridad ciudadana. De este modo, esas representaciones reflejan y potencian la construcción social estigmatizante del consumo de drogas como delito. También identificaron que la mayoría de los profesionales sanitarios se referían a los usuarios de drogas como enfermos y pacientes. Expresaron que, si bien no había una tipología del adicto, existía una diferenciación entre el uso, abuso y la dependencia a las drogas. Las imágenes del adicto lo mostraban como una persona que tiene dificultades para llevar adelante tareas cotidianas, que no puede controlar el consumo, que tiende a deprimirse y /o con poca confianza en sí mismo. La denominación de "enfermo" aplicada al usuario de drogas lo instituía como objeto de intervención de las prácticas de salud mental. Así operaba el proceso de medicalización de la vida cotidiana a través del cual se busca regular el comportamiento considerado "desviado" de la norma. Dentro de esos trabajadores de la salud, es el enfermero a quien le atribuyen un mayor contacto con usuarios de los servicios de salud, en cualquier nivel de atención y por lo tanto, se encuentra en un lugar privilegiado para reconocer problemas con el uso de drogas.

También Andrea Elizabeth Vázquez (2006) realizó una investigación sobre las representaciones sociales de profesionales de la salud y su relación con la accesibilidad simbólica de personas que usan drogas, en relación a Servicios de Salud de un hospital estatal de la Ciudad autónoma de Buenos Aires. Este estudio se llevó a cabo en un

hospital polivalente estatal y con profesionales de la salud insertos en diferentes servicios de un nosocomio. Este trabajo mencionado, aportó a la metodología de esta investigación, ya que se utilizaron entrevistas en profundidad para obtener el material empírico, es decir, los discursos de los entrevistados. Como resultado se pueden relevar percepciones divididas en lo relativo a la drogadependencia como enfermedad, y por otra parte, una vertiente en la que aparecían alusiones a características de la personalidad de estos pacientes con asociación a delincuencia, peligrosidad, al [SIDA]. En cuanto a las prácticas, el estudio encontró que se traducía no tanto en un rechazo a estos pacientes, pero sí en operaciones que tenían como efecto prácticas rechazantes, tales como desconocer dónde se encontraba el área de atención de adicciones que funcionaba en el mismo hospital, la ausencia de actividades específicas dirigidas a estos pacientes o las dificultades de incluir la temática en actividades en las que aparecían demandas indirectas, es decir, no las registraban como pedidos explícito de atención. En la misma investigación, Vázquez, hizo una síntesis de obras de varios autores que describían el rechazo que sufrían estos pacientes por parte de los profesionales que los atienden, persistiendo en las instituciones de salud las actitudes de discriminación, que no son más que un reflejo de las que están presentes en la sociedad.

Por otra parte, Belkis Cavalieri (2008) llevó a cabo una investigación con metodología cualitativa para describir los saberes y prácticas sobre la drogodependencia que construyen los profesionales y usuarios dentro de una institución de rehabilitación de la ciudad de Rosario. Reconoció que ese efector tenía un dispositivo que institucionalizaba al usuario de drogas, sostenido por normas y reglamentos, obligaciones y usos, de costumbres y rituales que servían de soporte para el sojuzgamiento del cuerpo y el control del pensamiento y aun de la imaginación. Esa investigación brindó insumos teóricos a este trabajo ya que los profesionales que intervinieron en la institución asumían la problemática sobre la droga desde el paradigma abstencionista, considerando al usuario de drogas como adicto sinónimo de delincuente para llevarlo al papel de adicto

igual a enfermo, persona a la que hay que curar. Para curar hay que institucionalizar y desde allí los saberes y prácticas de los profesionales respondieron a esa ideología, teniendo una mirada sesgada del fenómeno, no reconociéndolo como fenómeno social total, sino solo desde el nivel sintomático en el cual parecía haber un cierto consenso general dentro del personal de la institución que legitimaba la drogodependencia como enfermedad.

Otros autores, dentro de la disciplina de Enfermería (Reyes Naverrete & Villar Luis, 2007) investigaron las actitudes de las enfermeras en un complejo hospitalario en relación al paciente alcohólico y al alcohol, para identificar cuáles eran sus principales actitudes frente a estos temas y como ello podría interferir en la asistencia. Se identificó que entre las enfermeras participantes predominaban las actitudes personales negativas con respecto al alcohol. Estos datos mostraron similitudes con otros estudios realizados en Brasil, por lo que parecería sugerir que las enfermeras necesitan tener otra formación en cuanto a los contenidos y prácticas relacionadas con usuarios de alcohol y drogas, así como reconocer sus propias concepciones sobre el tema. Estas conclusiones abonaron a los objetivos propuestos para la presente investigación.

La investigación sobre *"O enfermeiro de Unidade Basica de Saúde e o Usuario de Drogas. Um estudo em Biguaçu- Região do Grande Florianópolis, Santa Catarina"* también contribuyó a este trabajo, ya que reportó que la mayoría de los enfermeros entrevistados tenían concepciones compartidas por el colectivo enfermero, tales como que el usuario de drogas era designado con las expresiones de vicioso, borracho, depravado, sin carácter, es decir, considerados como enfermos y más específicamente como enfermos mentales. Sostuvieron los autores de esa investigación, que estas percepciones estaban teñidas de una visión del usuario de drogas como resultado de una enfermedad o como víctimas de las condiciones sociales, ambas visiones complementarias: el sujeto presenta una enfermedad que es activada por factores sociales, y en el caso de la drogodependencia, por la persistencia de esos factores. (Spricigo J S, 2004)

En la Argentina, Wallace (2000) estudió las dimensiones sociales del complejo [VIH-SIDA] en relación con el uso de drogas inyectables mediante las representaciones y prácticas de diferentes actores sociales, profesionales de la salud, usuarios y ex usuarios de drogas inyectables. Los resultados mostraron que hay una creencia fuerte, por parte de los profesionales, que los programas de reducción del daño estimulan el consumo de drogas, en tanto aparecen como programas que son una especie de justificación del consumo. Ese autor considera que esto se erige en una creencia, pues las evidencias de aplicación de dichos programas en Brasil y en países europeos van en sentido contrario.

El trabajo contribuyó a esta investigación en tanto arriba a conclusiones sobre la percepción social dominante, que de muchos modos define las respuestas institucionales y la actitud social ante los usuarios de drogas, quizás condicionada por el marco legal vigente en materia de estupefacientes que es la Ley 23.737 que penaliza su tenencia, aun en el caso de consumo personal.

En otro estudio, llevado a cabo por Menéndez y Di Pardo, (1996) analizaron las representaciones y prácticas de grupos de médicos, paramédicos y otros agentes sociales y sanitarios, con referencia al alcoholismo en México, en Centros del Primer Nivel de atención. Esa investigación generó aportes a este trabajo ya que identificó las características del trabajo profesional, en este caso de la actividad médica, mencionando que cada profesional puede intervenir con matices diferenciales que expresan simultáneamente al sujeto y a las instituciones donde trabaja. Asimismo, detalló que las representaciones tienden a enfatizar las características subjetivas del saber médico, acentuando los rasgos diferenciales y opacando la estructuración institucional de sus prácticas y representaciones, ya que el médico tiende a definir su actividad no como trabajo, sino como una práctica profesional y técnica ligada directamente con la producción de conocimiento científico.

De igual forma, se relevó un estudio cualitativo de tipo descriptivo donde se identificaron los significados y creencias sobre las drogas que tenían estudiantes de

enfermería de la Escuela de Enfermería en la Universidad de Carabobo, Venezuela (Ortega de Medina, Osorio Rebolledo, & Pedrão, 2004).

El trabajo aportó desde los aspectos metodológicos ya que se utilizaron entrevistas en profundidad para lograr reconocer las creencias sobre las cuales los estudiantes construyen el significado de las drogas. En esta dirección, se destacan creencias tales como que el consumo y tráfico está en todos los estratos sociales, siendo los más jóvenes los más susceptibles al consumo de marihuana, crack, cocaína, dentro y fuera de la universidad. Resulta llamativo que el alcohol y el tabaco no fueron considerados como drogas. Estereotipos como "los consumidores son personas enfermas, débiles y con conductas delictivas" surgieron en el relevamiento. Los autores concluyeron que es necesario retrabajar estos supuestos durante la formación, ya que pueden haber sido incorporados por conveniencia o por ignorancia, o falta de compromiso de la sociedad que los sostiene para justificar su inacción y pasividad frente al problema de las drogas, cada vez más complejo.

Cabe destacar también un trabajo realizado en tres instituciones de un estado de la Municipalidad de San Pablo, Brasil, donde se indagaron las concepciones y actitudes de enfermeros de Servicios Públicos de Atención Básica o Primaria de la Salud (De Vargas & Villar Luis, 2008). Estos autores se centraron en los conceptos y actitudes de los enfermeros frente al alcohol, el alcoholismo y el alcohólico. Llevado a cabo con metodología cualitativa, este trabajo así como los resultados logrados aportaron a la presente investigación. Como recomendaciones sugirieron profundizar la capacitación para los participantes como forma de preparación para la atención, el reconocimiento y la prevención de trastornos relacionados al uso/abuso de alcohol en esos Centros de Salud.

También se analizaron las contribuciones de estudios multicéntricos realizados por investigadores de varios países latinoamericanos y de Canadá, a través de la [CICAD] y el Programa de Capacitación en Investigación en América Latina, programa del cual la autora de esta tesis es egresada de la cohorte 2006. (Ferreira Fueregado, 2010)

Se destacan resultados que pueden aportar para las prácticas así como para la enseñanza, pero principalmente para los responsables de llevar a cabo las políticas frente al uso y abuso del alcohol y otras drogas. En esos estudios, fueron los jóvenes y adultos los que se identificaron como individual y personalmente más afectados por la droga, también los participantes señalaban, a su entender, que los familiares y los gobernantes eran los principales responsables por la prevención del problema de las drogas. Señalaron que las leyes vigentes ejercían una influencia negativa, especialmente en los usuarios, necesitándose una revisión crítica de sus objetivos y alcances ya que las leyes son poco punitivas, la mayoría de ellas recae sobre los drogadictos y no alcanza a los artífices del fenómeno que son los narcotraficantes. Tanto la estigmatización de las personas con uso de sustancias como las opciones insuficientes de tratamiento y las dificultades de acceso a los servicios fueron apuntadas como barreras para el enfrentamiento del problema. Finalmente, los autores del trabajo concluyen que en los servicios de salud de los diferentes países se percibe la ausencia de medidas terapéuticas y preventivas claramente formuladas e implementadas.

Aportes que se focalizan en el eje Sustancias Psicoactivas/ Drogas

El Sistema Municipal de Epidemiología de la Municipalidad de Rosario, en el año 1999, intentó lograr un marco de comunicación estandarizada para la descripción de la problemática, por eso propuso una investigación de la notificación de los motivos de consulta en la Guardia del Hospital de Emergencias "Dr. Clemente Álvarez" [HECA] a través del Parte Epidemiológico, con la codificación de la sustancias según la [CIE-X], Décima Clasificación Internacional de las Enfermedades. El número de notificaciones por intoxicaciones agudas atendidas en ese Servicio, durante el segundo semestre de 1999 y primero del 2000, fue de 337 casos. Sin embargo, los autores no pudieron diferenciar si esas intoxicaciones eran por intentos de suicidios, o por el abuso de sustancias psicoactivas. En cuanto a las sustancias consumidas y sexo, las intoxicaciones agudas

registraron más a mujeres (52,2%) que hombres (47,8%) relación que se mantuvo respecto a los semestres anteriores.

Las sustancias más consumidas fueron el alcohol (117 casos); luego los sedantes (95 casos) y en tercer lugar las intoxicaciones debido al consumo de dos o más sustancias psicoactivas, sin poder identificar la sintomatología con que la [CIE-X] denomina mixtas o de combinación de drogas (sedantes más alcohol, cocaína más alcohol, o bien dos benzodiacepinas, etc.), con 17 casos. En cuarto lugar, se registraron otras sustancias no adictivas (42 casos). Consideraron como sustancias que no generan dependencia: antidepresivos, [AINES] (antiinflamatorios no esteroideos), antiácidos, diuréticos). En quinto lugar, se ubicaron sustancias adictivas como opiáceas y anestésicos, cannabis, estimulantes, alucinógenos y disolventes volátiles, que sumaron un total de 17 casos. Por último, se registraron 13 casos de intoxicaciones con cocaína.

En cuanto a la edad, el mayor grupo que había consultado por intoxicaciones fue el de menores de 30 años (165 casos). En segundo lugar, el de 30 a 49 años con 116 casos y en tercer lugar de 50 años en adelante, con 56 casos. El mayor consumo de alcohol se dio en el grupo de 15 a 19 años, tendencia que luego decrece hacia los 30 años, sobresaliendo el consumo de sedantes. A partir de los 50 años en adelante, si bien el número de intoxicaciones descendía notablemente, volvía a ser el alcohol la sustancia más consumida. Los autores señalaron que del análisis de los dos semestres investigados, el mayor número de intoxicaciones que se registraron en la Guardia del [HECA] correspondían a sustancias institucionalizadas o legales (91,1%), como alcohol, sedantes, sustancias no adictivas o a la combinación de una o más de ellas, y solo 8,9% correspondieron a las sustancias no institucionalizadas o ilegales. (Abonizio, y otros, 2000)

El mismo equipo realizó un relevamiento en el Hospital Juan Bautista Alberdi [HA], también de la Municipalidad de Rosario, con la propuesta de aplicar la clasificación [CIE-X], que ofrecía posibilidades de información respecto a cuadros clínicos: uso,

dependencia, intoxicación, familia de sustancia consumida y vías de consumo. Utilizaron como fuente de registro el Parte Epidemiológico de la institución. Se involucraron en esta vigilancia los Servicios de Guardia, Clínica y el Servicio de Estadística del Hospital. En el período entre 1999 y octubre de 2000, notificaron 84 consultas. La mayor frecuencia de consumo de sustancias adictivas se observó en la franja de 20 a 24 años. Se registraron 103 cuadros clínicos, 30,1% dependencia; 16,5% uso nocivo; 15,6% intoxicación aguda; 5,8% abstinencia y 32% se desconocía ya que una persona podía haber consumido más de una sustancia. Respecto al sexo, 77% fueron varones que consultaron por consumo de sustancias adictivas, siendo los cuadros clínicos más frecuentes en ese grupo el síndrome de dependencia y uso nocivo. En cambio, en las mujeres el cuadro clínico más frecuente fue el de intoxicación aguda. Comparando motivos de consultas por intoxicaciones agudas, con motivos de consultas por otros cuadros clínicos, las mujeres tenían mayor chance de llegar a consultar por esta causa que los hombres. Esto parecería atribuirse, señalaron los autores, a un hecho biológico: la mujer tiene mayor cantidad de grasa corporal y por lo tanto menor de agua. Las intoxicaciones se producirían con la mitad de la dosis de alcohol ingerida que los hombres, ya sea por distinto metabolismo o por una diferente respuesta inmunológica. En cuanto a las sustancias implicadas en estos cuadros clínicos según sexo, se observó que el alcohol seguido de la cocaína se presentaba en el sexo masculino con mayor frecuencia, mientras que en el sexo femenino se destacaba el uso de sedantes.

Para esta tesis, las investigaciones mencionadas fueron un antecedente relevante por la utilización de la Codificación Internacional de Enfermedades [CIE-X] para identificar las sustancias y los cuadros clínicos que producían una o más de dichas sustancias psicoactivas.

La Dirección del Área de Investigaciones del [SEDRONAR] realizó el Primer Estudio Nacional sobre el Uso Indebido de Drogas y la Consulta de Emergencias (2000) que se hizo en los principales hospitales del país. Se demostró que 8.2% de las consultas estuvo

en relación con el consumo de sustancias psicoactivas (1228 consultas); consultas prevalentemente masculina. La franja etaria de 16 a 25 años constituyó el grupo donde se encontró la mayor asociación entre la consulta y el consumo de sustancias. El relevamiento indicó que 66% de los intentos de suicidio se relacionaron al consumo de sustancias psicoactivas así como casi la mitad de las situaciones de violencia (48,7%) y 22,6% de los accidentes de tránsito. Teniendo en cuenta que en la franja poblacional de 16 a 25 años se presentaron los niveles de consumo perjudicial más alto de alcohol y marihuana y en la de 41 años y más los niveles más altos de consumo de tranquilizantes y sedantes, concluyeron que los varones de 16 a 25 años eran el grupo en riesgo de consumo perjudicial de alcohol y marihuana y las mujeres mayores de 41 años como grupo en riesgo de consumo de tranquilizantes y sedantes. Quedó demostrado que la sustancia de mayor impacto en el sistema de atención de emergencias en el país fue el alcohol, en un segundo orden, el consumo de sustancias tales como la marihuana, los tranquilizantes y los sedantes. Muy por debajo se encontraron el consumo de cocaína, antidepresivos, disolventes inhalables y anfetaminas. El estudio indicó un perfil de consumo perjudicial que se acentuaba significativamente los fines de semana y que existían perfiles de consumo perjudicial típicamente masculino como el alcohol y la marihuana y otros típicamente femeninos como los tranquilizantes, sedante y antidepresivos.

Un año más tarde se realizó el Segundo Estudio Nacional (2005) sobre la misma temática, donde del total de las consultas registradas, 8.3% estuvieron relacionadas con el consumo de sustancias según la impresión clínica del médico. En el Tercer Estudio Nacional (2007), el porcentaje de consultas en relación a las sustancias psicoactivas se elevó a 8,8% y en el Cuarto Estudio (2009) alcanzó 9,4%, con lo que se evidenciaba un aumento del porcentaje año tras año.

En la Segunda (2005) y en la Tercera (2007) las consultas asociadas al consumo de alguna sustancia también fueron realizadas en mayor medida por varones, por

jóvenes de 16 a 30 años, por pacientes con menor nivel de educación formal, y por personas solteras, divorciadas o separados. En la Cuarta Encuesta (2009), se mantuvo el mismo perfil y se agregó que eran personas solteras y económicamente activas.

Respecto a la relación entre la urgencia y el consumo de sustancias psicoactivas por motivo de ingreso a la consulta de Guardia, en la Segunda Encuesta (2005) mantuvo porcentajes similares a la anterior: 47.6% de los ingresos por violencia, 17.3% de los ingresos por accidentes de tránsito y 70.5% de los ingresos por suicidio estaban asociados al consumo de alguna sustancia. En la Tercera Encuesta (2007) los porcentajes aumentaron, ya que casi todos los pacientes que consumieron alcohol e ingresaron a una sala de emergencia lo hicieron por intentos de suicidio, sobredosis y síndrome de abstinencia, estando 79.4% relacionado a situaciones de violencia y 76.9% a accidentes de tránsito. El consumo de marihuana estuvo relacionado en 93% con situaciones de violencia, en 94.7% con accidentes de tránsito y con casi todos los hechos de accidentes comunes o caseros que figuraban como motivo de ingreso. El consumo de tranquilizantes tuvo una significativa relación en todos los motivos de ingreso relacionados a sobredosis, intentos de suicidio y situaciones de violencia. En la Cuarta Encuesta (2009), los porcentajes en esa relación siguieron aumentando: casi todos los pacientes que consumieron alcohol e ingresaron a una sala de emergencia lo hicieron por sobredosis, intentos de suicidio y síndrome de abstinencia, en un 84.1% relacionado a situaciones de violencia y en un 70.9% a accidentes de tránsito.

En la Segunda Encuesta (2005) al igual que la anterior, el alcohol tuvo mayor prevalencia de consumo en las últimas 6 horas antes del ingreso, seguido de tranquilizantes y sedantes, marihuana y cocaína. La presencia del alcohol en las consultas relacionadas al consumo de droga fue de 80.5% y con porcentajes superiores al 9% le siguieron los tranquilizantes junto a sedantes y sustancias afines, y la marihuana con 9.2%.

En la Tercera Encuesta (2007) el alcohol mantiene igual porcentaje (80.5%). Por primera vez, se midió el consumo de tabaco y esa sustancia se presentó como la segunda sustancia más consumida (54.0%). Los ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes tuvieron una presencia de 13.8%, la marihuana de 9.7% y la cocaína y los antidepresivos de 3.6% respectivamente. Para el resto de las sustancias los porcentajes de asociación entre la consulta y el consumo de sustancias fue inferior a 3%.

En el año 2006, nuevamente la sustancia que tiene mayor prevalencia en las últimas 6 horas anteriores al ingreso a la guardia fue el alcohol pero con un porcentaje menor que en los estudios previos (76.2%). En cuanto al consumo de tabaco se presentó como la segunda sustancia más consumida (51.4%) al igual que el estudio anterior. Los ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes tuvieron una presencia de 11.5%, la marihuana de 10.1%, la cocaína de 5.6% y los solventes e inhalables de 2.1%. Para el resto de las sustancias los porcentajes de asociación entre la consulta y el consumo de sustancias fue inferior a 2%.

Todos los Estudios Nacionales sobre el Uso Indebido de Drogas y la Consulta de Emergencias, realizados por la [SEDRONAR] señalaron que durante los fines de semana ocurrían la mayor cantidad de consultas asociadas al consumo. Así en en el Segundo Estudio (2005) fue 13.9% del total de las consultas registradas en el fin de semana frente a 5.4% de las registradas durante la semana, en el Tercero (2007) levemente disminuyen las consultas en fin de semana (13.3%) y hubo un leve ascenso (6.1%) de las registradas durante la semana. En (2009) tanto en el fin de semana (14.8%) como durante la semana (6.3%) se observó, leve, pero un aumento para en ambos periodos.

Todos estos trabajos aportaron a la fase cuantitativa de esta tesis ya que permitió el análisis comparativo de la situación local en la problemática.

Como otro insumo para esta fase se cita un trabajo realizado en Rosario, año 2007, sobre consumo de alcohol en la comunidad, a través de la utilización del [AUDIT] (*Alcohol use Disorder Identification Test*). Fue aplicado a ciudadanos seleccionados al

azar, en Centros de Salud de la ciudad, pertenecientes a los distintos Distritos en que se divide la ciudad y en Consultorios de un Hospital de Santiago del Estero (Capital), pero no se realizaron comparaciones entre ambos lugares. En la muestra ($n = 100$) se observó que 57% de la población era abstinentes o realizaba un consumo o uso de bajo riesgo de alcohol; 25% realizaba un consumo de riesgo; 7% realizaba un consumo nocivo o perjudicial y 11% tenía dependencia o probable dependencia al alcohol. Los porcentajes obtenidos en la muestra señalaron un tipo de consumo con cifras por encima de los valores estándares. (Ballerini, Ballistreri, Garnica, & Vitola, 2007)

En línea con esta investigación, se tomó un trabajo descriptivo transversal que buscó caracterizar el patrón de uso de las bebidas energizantes en una muestra por conveniencia de estudiantes de educación física que concurrían al [ISEF] (Instituto Superior de Educación Física) de la ciudad de Rosario. Consistió en una contribución al estudio ya que se produjo información sobre la magnitud del fenómeno del consumo de sustancias, sobre una en particular y en el contexto local. En la misma se utilizó un cuestionario autoaplicable para recolectar datos sociodemográficos y caracterizar el consumo de dichas bebidas. Se encontraron como variables asociadas al consumo ($p < 0,05$): sexo (masculino), estado civil (soltero o separado), concurrir al gimnasio, practicar para competición natación, asistir a estudiar al Instituto en el turno matutino. El patrón de consumo ($n = 137$) fue: 2,2 % una vez en la vida; 9,5 % por lo menos una vez en los últimos 12 meses; 38 % por lo menos una vez en el último mes; 39,4 % seis veces o más en el último mes; 10,9 % veinte veces o más en el último mes. Las ocasiones en que los jóvenes las consumían eran: en discotecas (75,2%), fiestas (48,9%); bares (38,7%); antes de practicar deportes (14,6%), después de practicar deportes (5,8%); al estudiar (4,4%). Las razones dadas para consumirlas fue: 54% mejorar el sabor del alcohol; 27,7% divertirse toda la noche; 13,9% mejorar el desempeño en el deporte; 9,5% estimularse; 8,8% gustar de la bebida; 6,6% por curiosidad y 4,4% poder estudiar. De los que ya las habían consumido, 87,6 % las

combinó con bebidas alcohólicas, siendo el vodka la más usada (88,3%) y el 25,9 % de los estudiantes afirmó consumir más alcohol cuando lo combina estas bebidas. De esta forma, el consumo de energizantes no solamente se encontró asociado al deporte sino a las bebidas alcohólicas. (Ballistreri & Corradi-Webster, 2006)

También se considera como aporte al trabajo en su fase cuantitativa, un estudio piloto, el caso Rosario, que formaba parte de una investigación multicéntrica sobre la situación de la mujer en relación a las drogas, violencia y comportamientos de riesgo en las Américas. A través de un cuestionario aplicado en entrevistas individuales a treinta mujeres se identificó que, coincidiendo con los resultados de otras investigaciones realizadas en Argentina, el alcohol, fue la sustancia más consumida. La forma mayormente señalada fue el "consumo sin riesgo" o sensato, según [AUDIT]. Otras sustancias consumidas pero en baja frecuencia fueron las benzodiazepinas, sedativos, marihuana, y estimulantes (cocaína, crack). Esto acompañaba a los datos nacionales donde, a excepción del uso de sedativos que prevalece en sectores medios y altos, el resto de las sustancias tenía un perfil socioestimulante similar al del abuso de alcohol, incluso para la cocaína, que años atrás era considerada una droga propia de la clase social alta. (Micozzi, Ballistreri, Chervo, & Ferronato, 2006)

En busca de reconocer la situación de la temática en distintos países de Latinoamérica, se recurrió a un Estudio Comparativo sobre Consumo de Drogas en población general de 12 a 64 años que se llevó adelante a partir de un trabajo conjunto y coordinado entre las Comisiones Nacionales de Drogas de Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay, la Representación para Perú y Ecuador de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [ONUDD] junto a la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD-OEA]. (2008)

En el estudio, se incluyeron preguntas relacionadas con drogas legales, principalmente tabaco y alcohol. Al igual que en la mayoría de los países, estas dos sustancias son las que presentaron mayores niveles de consumo. En cuanto al consumo

de alcohol, se relevó bastante variabilidad en los niveles de consumo entre los países en el total de la población de 15 a 64 años, con cifras que superaron 50% en Argentina, Chile y Uruguay, algo más de 40% en Bolivia y cifras alrededor de 35% en Ecuador y Perú. Si bien el consumo en los hombres fue superior al de las mujeres, las diferencias entre los países fueron menos acentuadas en el caso de los hombres en el grupo de 15 a 34 años. Respecto de la edad de inicio del consumo de alcohol en la población de 15 a 64 años, se observaron bastantes similitudes entre los países donde el promedio estaba alrededor de los 18 años. En el caso de Argentina, Chile y Uruguay, 25% de la población que inicia a una edad más temprana el consumo de alcohol, lo hace un año después de la edad de inicio del consumo de tabaco. En los otros tres países, las edades de inicio de tabaco y alcohol fueron bastante similares.

En relación a las drogas ilícitas, al igual que en la mayoría de los países del mundo que cuentan con estadísticas sobre esta materia, la marihuana fue la droga de mayor uso, principalmente entre la población joven. Los mayores niveles de consumo reciente (prevalencia del último año) de marihuana se observaron en Argentina, Chile y Uruguay con cifras de alrededor de 7% en los dos primeros países y 6% en el tercer país. En todos los países, el consumo fue superior en hombres que en mujeres y principalmente se concentró en el grupo de 15 a 34 años. Respecto a la cocaína, la cifra promedio de los países en términos de la prevalencia de consumo en el último año fue de 1,4%, superando al 0,3% del promedio mundial reportado por Naciones Unidas. En los países de este informe cerca de 600.000 personas declararon haber consumido cocaína alguna vez durante los últimos 12 meses previos al estudio. La edad de inicio más precoz entre las personas que han declarado consumo de cocaína se encontró en Argentina, donde 25% de ellos consumieron por primera vez esta droga a los 16 años o menos, y 50% lo hizo a los 18 años o menos. Las tasas de consumo presentaron una importante variación entre los países, con cifras que fueron, de acuerdo a la prevalencia de último año, entre 0,1% en el caso de Ecuador y 2,7% en Argentina. Con la excepción de Bolivia que presentó

niveles de consumo similar entre hombres y mujeres, en el resto de los países el consumo es mayor entre los hombres. En términos de edad, en todos los países el consumo fue superior en el grupo de 15 a 34 años en comparación con los de 35 a 64 años, con la excepción de Perú donde los niveles de consumo son similares.

Según ese estudio comparativo, en términos generales se detectó un mayor nivel de consumo de drogas ilícitas en Argentina, Chile y Uruguay. Bolivia aparecía en una situación intermedia y Ecuador y Perú eran los países con menor uso de estas drogas. Este hecho fue particularmente claro respecto de marihuana y cocaína. Para las tres principales drogas estudiadas (marihuana, cocaína y pasta base) existió un alto porcentaje de consumidores que mostraron signos de dependencia.

Como otro aporte a la fase cuantitativa de esta investigación, se buscaron estudios realizados en Colombia por las características en que se daba el fenómeno de la droga en ese país. Desde el Ministerio del Interior y de Justicia (2009), se realizó una encuesta en hogares, en la población entre 12 y 65 años para conocer, entre otros datos, la magnitud de consumo de drogas, que no se recababa desde el año 1996.

En cuanto a las drogas lícitas, respecto al consumo de alcohol, si bien 86% de los encuestados declaró haber consumido alguna vez en la vida, 35% declaró haber usado alcohol en los últimos 30 días, lo que equivalía a 6,9 millones de personas, con claras diferencias por sexo: mientras 46% de los hombres dijo haber consumido en el último mes, es decir 1 de cada 2 hombres, en el caso de las mujeres la cifra fue de 25%, es decir 1 de cada 4 mujeres. Ese consumo actual de alcohol (en el último mes), mostró diferencias importantes también por edad: mientras en el grupo de 12 a 17 años solo 20% (1 de cada 5) declaró consumo, esa cifra se duplicaba en los grupos de edad siguientes, llegando a 46% entre los 18 y 24 años y 43% en el grupo 25 a 34 años, decayendo en las edades siguientes. Mediante el test de [AUDIT] este estudio indagó sobre el consumo problemático. El mismo arrojó que 12.2% de la población total de 12 a 65 años tenía riesgo de presentar un consumo problemático, cifra que equivalía a 2,4

millones de personas en el país. En relación al uso de drogas ilícitas en la población de 12 a 65 años, el estudio detectó que 9,1% de la población global había usado alguna droga ilícita al menos una vez en la vida, con 14,4% en el caso de los hombres y 4,5% entre las mujeres. Respecto al uso frecuente de alguna droga ilícita o consumo en el último año (prevalencia del último año) fue declarado por 2,7% de los encuestados, lo que equivalía a aproximadamente 540 mil personas. El consumo reciente fue muy superior entre los hombres (4,5%) que entre las mujeres (1,2%). También fue muy superior entre los jóvenes y adultos jóvenes de 12 a 34 años que entre los mayores de 34 años. El grupo de edad con mayor prevalencia del último año de uso de drogas ilícitas fue el de 18 a 24 años con cerca de 6%, seguido por el grupo de 15 a 34 años con 3,9% y el de 12 a 17 años con 3,4%. Al igual que en la gran mayoría de países del mundo occidental, la marihuana fue la droga ilícita de mayor consumo en Colombia. En términos de prevalencia de consumo alguna vez en la vida, 8 % de las personas declaró haber consumido esa droga al menos una vez, con aproximadamente 13% en los hombres y 4% en las mujeres. Considerando el uso reciente, reveló que 2,3% declaró haber usado marihuana al menos una vez durante el último año, aproximadamente 4% de los hombres y 1% entre las mujeres, cifra que equivalía a cerca de 450 mil personas. El mayor consumo se observó entre los jóvenes de 18 a 25 años con (5%), seguido del grupo 26 a 34 años (3,2%) y el de 12 a 17 años (2,7%). Entre los 450 mil consumidores recientes de marihuana se obtuvo que aproximadamente 250 mil podrían ser considerados en los grupos de "abuso" o "dependientes" de dicha droga, representando casi el 57% del total de consumidores, o bien el 1,3% de la población global del país. De esas 250 mil personas, aproximadamente 200 mil se podrían haber clasificado como dependientes y 50 mil como en el grupo de "abuso".

De la población del país, 2,5% declaró haber consumido cocaína alguna vez en la vida, muy superior en hombres que en mujeres, 4,2% contra 1%. Respecto del consumo reciente de esa droga, uso en el último año, 0,7% de la población declaró haber usado

cocaína al menos una vez en dicho período: 1,3% en los hombres y 0,2% entre las mujeres. O sea, 140 mil personas reconocieron haber consumido cocaína al menos una vez durante los últimos 12 meses. Entre los adultos-jóvenes entre 25 y 34 años se observó la mayor tasa de consumo con casi 1,4% seguido del grupo de 18 a 24 años con 1,2%. Ambos grupos dieron cuenta del 70% del total de consumidores. De las 140 mil personas que declararon consumo durante el último año, 60% de ellas clasificaron en los grupos de abuso o dependiente, cerca de 85 mil personas. Esta cifra representó 0,4% de la población total del país. Principalmente este grupo fue masculino (67 mil de las 85 mil personas) y adultos-jóvenes entre 18 y 34 años. En términos de facilidad de acceso, 28% de la población percibió como fácil conseguir cocaína, 33,5% en el caso de los hombres y 23% en el caso de las mujeres. Los grupos entre los 18 y 44 años fueron los que percibieron una mayor facilidad de acceso de esta droga.

Dado que la metodología utilizada en Colombia en el año 2008 fue similar a la utilizada en el Informe Comparativo sobre Consumo de drogas realizado en otros países de Sudamérica (Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay) presentado anteriormente, se transcriben las comparaciones con estos países:

En cuanto al consumo de alcohol, la prevalencia de consumo del último mes alcanza en Colombia 37,2% entre la población de 15 a 64 años, cifra que supera levemente a la de Ecuador (33%) y Perú (36,6%), siendo superada por los otros 4 países. En el caso de los hombres, 50,1% en Colombia, las diferencias son bastante menores entre los países, 49% en el país con menor tasa y 70% en el de mayor tasa. En cambio entre las mujeres, Colombia con 26%, presenta una tasa superior a Ecuador, similar a Perú e inferior a los otros países. Algo similar ocurre cuando se considera la edad. Entre la población más joven de 15 a 34 años, las diferencias entre los países son menores, fluctuando entre 36% y 59%, donde para Colombia se observa una tasa de 42%. En cambio, para el grupo de 35 a 64 años, la tasa de Colombia es de 32%, superando solo a Ecuador (31%).

Tal como se observó en Colombia, la marihuana es también la droga de mayor uso en los 6 países. Si se considera como indicador el consumo reciente o uso en el último año, entre la población de 15 a 64 años de Colombia, 2,5% declara haber usado al menos una vez en dicho período. Esta cifra supera a las tasas presentadas en Ecuador y Perú (inferior al 1% en cada caso) y es inferior a las de Bolivia (4,3%) y Argentina, Chile y Uruguay (entre 6 y 7,5%). Esta situación ocurre tanto para hombres como para mujeres, aunque en este último caso las tasas de Colombia y Bolivia son muy similares (cerca del 1%). Algo similar se observa al considerar los grupos de edad. En ambos casos, la tasa de Colombia es superior a las mostradas por Ecuador y Perú e inferior a los restantes 4 países.

Además Colombia no presenta niveles comparativos muy altos de consumo de marihuana, la proporción de consumidores con signos de dependencia es muy alto (casi 1 de cada 2 consumidores).

En cuanto al uso de cocaína, el uso alguna vez en la vida en Colombia entre la población de 15 a 64 años es de 2,7%, cifra superior a las mostradas por Ecuador y Perú e inferior a la de los otros 4 países. Sin embargo, el consumo reciente (últimos 12 meses) es de 0,8%, superior a esos mismos países y también a Bolivia, pero inferior a Chile (1,3%) a Uruguay (1,7%) y Argentina (2,7%). Por otra parte, el uso actual o consumo en los últimos 30 días, la tasa en Colombia alcanza a 0,5%, cifra superior a Ecuador, Perú y Bolivia, e inferior a Chile (0,6%), Uruguay (0,9%) y Argentina (1,6%). Considerando los distintos indicadores, se podría afirmar que la situación de Colombia es intermedia entre los 7 países de Sudamérica, con cifras similares a Bolivia, superiores a Ecuador y Perú, pero a la vez inferiores a Argentina, Chile y Uruguay. Considerando la prevalencia de uso el último año, se tiene que entre los hombres de Colombia el consumo es de 1,4%, tasa superior a Bolivia, Ecuador y Perú (todas inferiores al 0,7%), pero a su vez inferior a los otros tres países (todas superiores al 2,1%). Esta situación es muy similar al momento de estudiar al grupo de 15 a 34 años.

(Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de Estupefacientes, 2009, págs. 17-19)

Por otra parte, cabe destacar que el Centro Brasileiro de Información sobre Drogas Psicotrópicas [CEBRID] (2001) realizó una investigación a nivel nacional en 107 ciudades brasileras con poblaciones superiores a 200.000 habitantes, en los grupos etarios comprendido entre 12 y 65 años. El principal objetivo de esta investigación consistió en calcular por primera vez en el país el predominio del consumo de alcohol y de otras drogas.

La segunda versión de ese estudio se realizó con la finalidad de hacerle un seguimiento al panorama general de consumo de alcohol y otras drogas en la sociedad brasilera y de notar posibles variaciones en el predominio de consumo de dichas sustancias. La investigación indicó que el número de brasileros, con edades entre 12 y 65 años, dependientes de bebidas alcohólicas fue de 12,3%, lo que correspondió a una población de 5.799.005 personas. (Centro Brasileiro de Información sobre Drogas Psicotrópicas [CEBRID], 2005)

La comparación de las dos investigaciones permitió observar un agravamiento en los indicadores de consumo de alcohol. En la I Encuesta Domiciliaria el predominio de dependencia de alcohol fue de 11,2% en la población general, con resultados de 17,1%

entre hombres mayores de 12 años y de 5,2% en el grupo de los 12 a los 17 años. En la II Encuesta, el resultado de dependientes de alcohol fue de 12,3%, 19,5% entre hombres y 6,9% entre mujeres. Los datos también indicaron un aumento del consumo de alcohol en grupos cada vez más precoces. En 2001, el número de dependientes en el grupo de 12 a 17 años fue de 5,2% y, en 2005 fue de 7%. El estudio también arrojó que el mayor número de dependientes de bebidas alcohólicas continuaba siendo de sexo masculino: en el grupo de 18 y 24 años, 23,7% (2001) y 27,4% (2005). El número de personas que recurrieron a tratamiento se redujo de 4% en 2001 a 2,9% en 2005; de 1,9 millones a 1,4 millones de personas, respectivamente. El consumo de alcohol a lo largo de la vida, en las 107 ciudades más grandes de Brasil fue de 74,6%, porcentaje superior al encontrado en la I Encuesta, a saber: 68,7%.

También se buscaron datos, como insumo para la fase cuantitativa, de la problemática en países de Europa. La Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente [UNAD] de España (2008), elaboró un perfil del drogodependiente en el país, a partir de las 245 entidades de [UNAD] que existían en todas las Comunidades Autónomas del país. En ese año fueron atendidas 151.317 personas con problemas de drogas, en los más de 1.500 programas de carácter asistencial, de incorporación y de intervención que desarrollaban, tanto fuera como dentro de prisión. De alrededor de 35.000 fichas, elaboraron un perfil de los usuarios: las drogodependencias habían dejado de ser un problema mayoritariamente masculino, 44,51% de las personas atendidas eran mujeres. Las personas con problemas de drogas llegaban a los centros asistenciales cuando ya tenían más de 6 años de consumo (68,49% sumando los de más de 6 y los de más de 10 años de consumo). De las personas atendidas, 41% tenían alguna patología diagnosticada, de ellas 23,26% [VIH/SIDA], 32,56% hepatitis, y 21,40% tenía una patología dual. Al igual que en años anteriores, prácticamente 100% las personas atendidas eran policonsumidores. La droga principal de consumo mostró estabilización en el mercado, con un ligero incremento de la heroína (14,92%), una mezcla de heroína y

cocaína en 14,88%; 20.93% consumía principalmente cocaína; 7,10% cannabis; 2% las conocidas como drogas de síntesis y 18,48% alcohol. Respecto a las vías de consumo de la droga principal, solo una décima parte (11,80%) utilizaba la vía endovenosa a pesar del esfuerzo informativo que se estaba realizando para difundir los riesgos que supone ese uso. También identificaron que el consumo respondía cada vez menos al estereotipo de consumo y falta de formación. Únicamente 9,95% no tenía estudios, pero 32,88% había accedido a la educación primaria, 27,80% a la secundaria y 5,28% de los usuarios eran universitarios. Los datos sobre la situación laboral ya no reflejaba la marginalidad y la exclusión social de hacía unos años. De las personas atendidas 23,68% trabajaba, y 19,64% se declaró desocupada; 18,31% tenía algún tipo de subsidio o renta básica y 19,64% aseguró ser estudiante. Sobre la edad de inicio en el consumo de drogas, 32,34% de las personas se iniciaron antes de los 16 años y 44,30% entre los 16 y los 25 años y solo 5,28% de usuarios se iniciaron después de cumplir los 44 años.

En la Comunidad Autónoma de Madrid se analizó la prevalencia de consumo de distintas drogas de comercio ilegal, como el cannabis, la cocaína, drogas sintéticas y médicas en adolescentes, en una muestra de 1.570 sujetos de ambos sexos (54,4% hombres y 45,6% mujeres) con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años. Los resultados mostraron que el cannabis era la sustancia más consumida por los jóvenes, ofreciendo una prevalencia de consumo muy superior a la obtenida para el resto de las sustancias estimadas. El consumo de este tipo de drogas parecía que mantiene una relación directa con la edad, siendo el grupo de jóvenes de entre 16 y 18 años, el de mayor riesgo en comparación con el de menor edad. (Muñoz Rivas Rivas, Cruzado Rodríguez, & Grana Gómez, 2008)

En el Informe Anual, sobre el problema de la drogodependencia en Europa realizado por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanía [OEDT] (2008), se señaló que se podía obtener una visión general sobre el problema de la droga en Europa comparando los datos europeos con los de otros países. Reconocieron cierta dificultad en

esto ya que consideraban que a escala mundial, solo unos pocos países cuentan con información exhaustiva y fiable. Consideraban posible de realizar comparaciones significativas de las estimaciones de prevalencia del consumo de drogas con los datos de los Estados Unidos, Canadá y Australia.

Las estimaciones de la [ONUDD] indicaban, en ese momento, que la prevalencia de consumo de opiáceos en esos países era, en general, muy parecida a la de la Unión Europea, que oscilaba entre 0,4 % y 0,6 %, siendo ligeramente inferior en Canadá y ligeramente superior en los Estados Unidos. El consumo estimado de cannabis era, de media, considerablemente inferior en la Unión Europea que en los Estados Unidos, Canadá y Australia. En cuanto a los estimulantes, en general, los niveles de consumo de éxtasis eran muy similares en todo el mundo, aunque los informes mostraban niveles de prevalencia elevados en Australia. El consumo de anfetaminas en Australia y en los Estados Unidos era superior a la de Europa y Canadá, mientras que la prevalencia de consumo de cocaína en los Estados Unidos y Canadá era superior a la Unión Europea y Australia.

La falta de datos comparativos dificultaba la evaluación de los efectos sobre la salud del consumo de drogas en los distintos países. Sin embargo, realizaron una comparación de las tasas estimadas de nuevos diagnósticos de infecciones de [VIH] relacionadas con el consumo de drogas por vía parenteral en 2005, que indicaba que en Australia, Canadá y la Unión Europea no superaban los 10 casos por millón de habitantes y que, en los Estados Unidos, la cifra se situaba en aproximadamente 36 casos por millón.

Casi una cuarta parte de los adultos había probado el cannabis en algún momento de su vida y uno de cada 14 lo había consumido en el último año, quedando convertida es de este modo en la droga ilegal más consumida en Europa. Ese dato, no solo válido para la población en general, sino también y especialmente, para los jóvenes y muy jóvenes. Así aparecían estos datos: prevalencia de consumo de marihuana o cannabis a

lo largo de la vida: al menos 70 millones, es decir, uno de cada cinco europeos adultos; consumo en los últimos 12 meses: unos 23 millones de europeos adultos, es decir, una tercera parte de los consumidores a lo largo de la vida; consumo en los últimos 30 días: más de 13 millones de europeos con una variación entre países del consumo en los últimos 12 meses de 1,0 % al 11,2 %.

En relación a la cocaína, según las estimaciones del [OEDT] 4,5 millones de europeos consumieron cocaína en el año 2006, esta cuestión planteó un alza con respecto a los 3,5 millones del año anterior y no una estabilización del consumo. Los nuevos datos confirmaron la posición de la cocaína como la segunda droga ilegal más consumida en Europa tras el cannabis y por delante del éxtasis y las anfetaminas, siendo las estimaciones sobre el consumo de cocaína en el último mes, superior en más del doble a las de éxtasis. Estos datos revelaron que había más países con una cifra considerable de consumidores de cocaína, con variación entre los distintos países, pero más elevada que en la mayoría de los países de Europa del Este.

Según los nuevos datos, España y el Reino Unido tenían la prevalencia más elevada de Europa, aunque sin incrementos espectaculares. Sus tasas de prevalencia en el último año entre los adultos jóvenes eran similares o superiores a las de los Estados Unidos, pero resultó preocupante el hecho de que en ambos países el consumo de cocaína entre los jóvenes era relativamente elevado, 4-6 % en adolescentes de entre 15 y 16 años. En España, los análisis sugirieron que ese incremento se debía al consumo en el grupo de edad de entre 15 y 24 años. Respecto al consumo problemático de cocaína, solo se pudieron comparar los datos en tres países: España, Italia y Reino Unido, donde la cifra osciló entre 0,3 % y 0,6 % de la población adulta.

En cuanto a los datos estadísticos relacionados con la cocaína, se destacan: la prevalencia a lo largo de la vida: al menos 12 millones, 4 % de los europeos adultos; consumo en los últimos 12 meses: 4,5 millones de europeos adultos, que era la tercera parte de los consumidores a lo largo de la vida; consumo en los últimos 30 días:

alrededor de 2 millones, con una variación entre países del consumo en los últimos 12 meses: de 0,1 % al 3 %.

El consumo de *crack* seguía siendo poco frecuente en Europa, pero provocaba localmente problemas graves. Otros indicadores también mostraron una tendencia alcista, confirmando la importancia creciente de la cocaína en la problemática europea en materia de drogas. Tanto las cantidades como el número de incautaciones fueron en aumento, hecho que tal vez se debía al aumento de las importaciones en el mercado europeo, aunque también podría explicarse mediante el endurecimiento de las medidas de prohibición de esa droga. Hasta ese momento, el aumento en los niveles de consumo de cocaína solo había repercutido ligeramente en los indicadores de salud. Cada año se informaba de aproximadamente 400 muertes relacionadas con la cocaína en Europa, pero se sospechaba que buena parte de las muertes ocasionadas por problemas cardiovasculares, podían tener en la cocaína un factor agravante pero no identificado.

En relación al consumo de heroína, el incremento en la producción, especialmente en Afganistán, no había repercutido, hasta ese momento en la mayoría de los indicadores del consumo de heroína que, en general, habían permanecido estables durante algún tiempo. El análisis de los datos de los tratamientos por consumo de drogas y las sobredosis sugería que la población europea consumidora de heroína seguía envejeciendo. Las estimaciones generales del consumo problemático de drogas apuntaban a reconocer una situación estable, pero la reducción del precio de la droga y el incremento del número de consumidores jóvenes de heroína en tratamiento en algunos países indicaron una alerta en ese tema. Si bien no se tenían pruebas claras que la heroína estuviera ganando popularidad entre los jóvenes, los datos de varios informes indicaban que el problema del consumo de opiáceos sintéticos (buprenorfina, metadona) podría estar creciendo en algunas partes de Europa y que este tipo de opiáceos podría incluso estar sustituyendo a la heroína en algunos países. En cuanto a los datos estadísticos, el consumo problemático de opiáceos: entre 1 y 8 casos por 1000 adultos

(entre 15 y 64 años de edad); fue la principal droga en el 50 % del total de las solicitudes de tratamiento y más de 585.000 consumidores de opiáceos recibieron tratamientos de sustitución en el año 2005. (Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente [UNAD], 2008)

Todas estas investigaciones aportaron para establecer un parámetro comparativo en cuanto a los tipos de sustancias, perfil socio demográfico de los usuarios y patrón de uso y consumo que presentó la muestra bajo estudio en este trabajo.

I - 3 - Hipótesis y objetivos

Hipótesis propuesta

- El consumo de los usuarios de sustancias psicoactivas es diferencial según edad, sexo y distrito donde residen
- El cuidado que brindan los profesionales enfermeros a los usuarios de sustancias psicoactivas es diferente al que brindan al resto de los sujetos de atención

Objetivo general

- Determinar las consultas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas que se realizan en las Salas de Guardias de los Hospitales Municipales del Segundo nivel de la ciudad de Rosario.
- Reconocer el concepto que tienen sobre los usuarios de sustancias psicoactivas los profesionales enfermeros de los Servicios de Guardia.

Objetivos Específicos

- Valorar la frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas en usuarios que ingresaron durante el año 2008 a los Servicios de Guardia de los Hospitales "Intendente Carrasco", "Juan Bautista Alberdi" y "Dr. Roque Sáenz Peña", dependientes de la Municipalidad de Rosario.
- Conocer el momento de la consulta (día de la semana, horario del día), las causas que lo llevaron a la consulta a los servicios de guardia seleccionados y el perfil sociodemográfico de los usuarios de sustancias psicoactivas

- Analizar el patrón de consumo en relación al momento de consulta y al perfil sociodemográfico de los usuarios de sustancias psicoactivas que ingresan a los Servicios de Guardia mencionados.
- Indagar el concepto que tienen sobre el usuario de sustancias psicoactivas, los profesionales enfermeros de los Servicios de Guardia de los Hospitales seleccionados.
- Analizar desde la perspectiva de los profesionales enfermeros los elementos que favorecen u obstaculizan el cuidado que brindan a los usuarios de sustancias psicoactivas.
- Enunciar, a partir de los resultados obtenidos, propuestas de cuidado a ser incorporadas en el periodo de formación de los profesionales enfermeros y / o en la práctica concreta.

I - 4 - Relevancia de la Investigación

El consumo de sustancias psicoactivas es reconocido como una problemática social compleja, heterogénea y cambiante, con distintos significados según la historia y el país y con múltiples dimensiones que atraviesan el campo de la salud, de la salud mental, de la jurisprudencia, de la economía, de las políticas de estado, entre otras. De allí que esta investigación contextualizada en 2008-2010, puede aportar a la discusión y al debate en torno al hecho social en sí que es la drogadependencia.

A partir de la información lograda con estrategias cualitativas puede emerger un análisis crítico de las prácticas que llevan a cabo los profesionales enfermeros con estos usuarios de drogas, entrelazadas con las representaciones sociales que tienen y que permitieron reconocer la percepción social sobre el fenómeno, en la realidad concreta de los Servicios de Guardia de hospitales de mediana complejidad en la ciudad de Rosario.

Los aportes sobre la atención de enfermería-cualificada como cuidado enfermero en esta tesis- que se brinda a las personas con uso problemático o no de sustancias psicoactivas, fueron en dirección de visualizar fortalezas y debilidades del propio rol

enfermero dentro del equipo del Servicio de Guardia, reconociendo que el conocimiento logrado no es acabado o verdadero, sino que es una mirada comprensiva en busca de dilucidar propuestas de buen cuidado para los usuarios de drogas que llegan a las instituciones hospitalarias.

Desde la disciplina, reflexionar sobre las propias prácticas de atención, como profesional y trabajador de la salud, contribuye a la construcción del rol, en un momento donde la Enfermería se debate y busca sustentos que la confirmen como una disciplina social.

La producción de información cuantitativa sobre las consultas que durante el año 2008 se hicieron en los Servicios de Guardia, es decir, el contexto de la investigación, se considera de relevancia, ya que no existían a nivel local, en la fecha mencionada, datos unificados y generales sobre las características de esas consultas motivadas por uso o abuso de [SPA], el patrón de consumo, o el perfil sociodemográfico de los usuarios.

Poder identificar las sustancias que generaron las consultas en los tres Hospitales utilizando la clasificación internacional de sustancias como la [CIE-X], contribuye a caracterizar la demanda en esta problemática, garantizando un lenguaje compartido sobre el tema en la realidad de Rosario que, transformado en insumos, pueden ser utilizados para la gestión o la enseñanza dentro del campo de la salud.

Para la institución donde trabaja la autora, la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario, estos resultados complementaran los esfuerzos iniciados junto con otras enfermeras de América Latina y el Caribe, apoyados por la [CICAD], para conformar un grupo de profesionales con conocimientos científicos y habilidades para trabajar en la reducción de la demanda, la prevención del uso de drogas, la integración social y la promoción de la salud de la comunidad.

También los resultados que se logren pueden llegar a favorecer el desempeño y la formación del profesional enfermero, ya que siendo una disciplina comprometida fuertemente con el cuidado de la salud, conocer y conocerse, colabora con la mirada

profesional y se transforma en una herramienta que brinda elementos para poder dar respuestas más apropiadas ante la realidad del consumo, del uso y abuso, así como de la drogadependencia.

CAPÍTULO II

II – MARCO TEÓRICO

II - 1 - Droga y Drogadependencia

Existen múltiples indicios de que, desde siempre, la humanidad, según las diferentes culturas y sociedades, utilizaron las sustancias que hoy se denominan drogas. Recién en la actualidad, la sociedad contemporánea engendra el fenómeno de la drogadependencia, a partir de sus profundos cambios culturales tecnológicos y sociales. (Romaní, 2004)

En cuanto a su uso, era muy diferente y variado, como analgésico, estimulante o sedante, para aumentar el bienestar, para alterar la conciencia y producir situaciones como ilusiones, alucinaciones, distorsiones de la realidad que le permitían lograr formas de conocimiento muy diferentes de los habituales, etc.

Cuando la Organización Mundial de la Salud [OMS] (1994) las define engloba tanto a las sustancias naturales como a las sintéticas que se pueden utilizar con fines medicamentosos o no que de introducidas al organismo de una forma u otra puede alterar sus funciones. Ante la amplitud de la definición, con posterioridad, intentó establecer límites entre las sustancias, refiriéndose a aquellas que producían dependencia, como drogas de abuso. En relación a esta diferenciación, la literatura aclara que cualquier patrón de uso puede traer problemas, pero cuando la sustancia es consumida de manera compulsiva y con el propósito de evitar los síntomas de la abstinencia, se está frente a una dependencia que, conforme a su intensidad, puede causar problemas de diversa índole, físicos, psicológicos y sociales. (Edwards, 2004)

En esta dirección y relacionando conceptos, el vínculo adictivo es considerado como un proceso que comienza con el uso, puede seguir con el abuso y llegar a la adicción. La droga o las drogas pueden crear dependencia, pero también pueden producir tolerancia ya que el usuario para conseguir el efecto deseado necesitará un aumento de dosis. Si se produce una sobredosis, puede llegar a causar complicaciones e incluso llegar

hasta la muerte. Estos aportes se presentan para hacer visible que los efectos dependen de la droga o drogas utilizadas, de la forma y del tiempo de consumo, y pueden resultar como estimulantes o como depresivas.

Otra clasificación que se instala con mucha fuerza en la sociedad y en los círculos científicos es la que menciona que existen dos tipos de drogas, las legales, que son fáciles de obtener y socialmente aceptadas, como las bebidas alcohólicas, medicamentos con uso no prescripto por profesionales, tabaco, inhalantes, pegamentos y solventes, y las ilegales cuyo uso está prohibido y penado por la ley, que incluye un amplio abanico de sustancias, la marihuana, cocaína, [LSD], heroína, entre otras.

El otro elemento en juego es que pueden administrarse por vías diferentes teniendo relación con la velocidad de absorción de las mismas. Cuando la vía de elección produce efectos placenteros inmediatos, su potencial para la adicción es mayor y esas vías son, mascada o sublingual; pulmonar, tanto inhalada como fumada; nasal o por aspiración; rectal o genital, cuya modo de ingreso es a través de las mucosas; parenteral, que puede ser, intravenosa, intramuscular o subcutánea.

Hugo Miguez (1998) aclara, que en la búsqueda de un concepto que evitara las dificultades de términos como enfermedad o padecimiento, la [OMS] optó por utilizar el término trastorno para su Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE]. El término trastorno, aunque no es un término preciso, se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo. Los trastornos mentales definidos en la [CIE-X] no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales.

Por eso el consumo de sustancias psicoactivas se ubica dentro de lo que se denomina trastornos mentales y del comportamiento, debido al consumo de sustancias psicotrópicas. También incluyen las consecuencias del uso indebido de una o varias sustancias, configurando cuadros como intoxicación aguda; consumo perjudicial y

dependencia que engloban una variedad enorme de conductas y de problemas que puede presentar la población.

Aparece un fuerte contraste en relación a las características con las que anteriormente se definían las adicciones. Este último término, comenzó a ser utilizado por la [OMS] a principios del año 1.900 como sinónimo de sed irresistible por la intoxicación. En 1994, la entidad adopta el término de dependencia, aunque continúa existiendo un problema tanto con uno como con otro término, ya que denominan solo un aspecto, generalmente terminal, de los trastornos derivados del uso de sustancias psicoactivas y que la propia Organización lo mantiene en la actualidad para nombrar el síndrome de dependencia.

La percepción social que se tiene del problema del consumo, tiende a desviar el enfoque de aquellas situaciones que aún no llegaron a ser dependencia de las sustancias, que tienen naturaleza diferente, pero consecuencias tanto o más graves que las atribuidas a la adicción. Desde una perspectiva de magnitud, la condición transitoria y hasta quizás ocasional, por ejemplo, de la intoxicación con una sustancia psicoactiva no se traduce necesariamente a nivel general como un daño menor. El accidente de tránsito o de trabajo, bajo los efectos de una intoxicación, resulta tener un costo social mucho mayor que los relacionados con el consumo crónico, porque la población involucrada es mucho más numerosa. Por otra parte, las personas con un historial reconocido de intoxicación suelen ser más tenidas en cuenta, son objeto de mayor prevención de quienes lo rodean que aquellos que no son visualizados socialmente como partícipes del problema. El hecho de poner todas las energías en describir las características de aquellos que ya son dependientes, hace que se pierdan tiempo y oportunidades de identificar manifestaciones más sutiles y no menos peligrosas del uso indebido y del abuso, donde sería perentorio intervenir. (pág. 23)

Esta construcción social recarga los estereotipos de la drogadependencia solo en aquellas sustancias que la sociedad considera ilegales, pero invisibiliza y las desvincula de

sustancias como el alcohol y tabaco, e incluso del uso y abuso de psicofármacos, todas ellas consideradas legales.

La [CIE -X] o [CIE-10] es una clasificación internacional que organiza el universo de problemas de salud en base a una teoría de la realidad de la época para optimizar la actividad médica clínica y epidemiológica. Más aún, tal clasificación codifica los problemas de salud para facilitar su utilización práctica y su procesamiento informático de una manera internacionalmente comparable. A un siglo de la primera Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Muerte y posterior a sus primeras nueve revisiones, parecería que -en la actualidad- se está desarrollando un proceso de sistematización y utilidad de la información clínica para facilitar la comprensión de los problemas de salud-enfermedad-atención desde una mirada mucho más macro y holística. Las raíces de la Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE], pueden encontrarse en el trabajo de taxonomía biológica de Carolas Linnaeus en el siglo XVIII. Luego, el Primer Congreso del Instituto Estadístico Internacional que se llevó a cabo en Bruselas en 1853 comisionó al inglés William Farr y al italiano Marc D'Espine para preparar una nomenclatura uniforme de causas de muerte aplicable a todos los países. En base a esto, Jacques Bertillon de París preparó la Primera Clasificación de Causas de Muerte adoptada por el Congreso Estadístico Internacional de 1883.

Desde aquel entonces se han hecho revisiones de la [CIE] aproximadamente cada diez años. La Sexta Revisión extendió su cobertura a morbilidad, y como parte de ella se consideró a la enfermedad mental por primera vez. Fue recién en la Novena Revisión donde se inauguró el uso de un glosario aplicado a los trastornos mentales. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1994)

La preparación de la Décima Revisión de la [CIE] se acordó en 1979, el mismo año en que la Novena Revisión fue puesta en efecto. El proceso de desarrollo ha involucrado la participación de los ocho Centros de Colaboración de la Organización Mundial de la Salud [OMS] para la Clasificación de Enfermedades, divisiones especializadas en las sedes

y oficinas regionales de la [OMS], organizaciones no gubernamentales, como la Organización Internacional de Especialidades Médicas, todos bajo la coordinación de la Unidad de Desarrollo de Servicios de Epidemiológicos y Estadísticos de Salud de la OMS.

El primer aspecto destacable de la [CIE-X] es la amplitud de su campo, tal como denota su título "Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud", ya que está reconociendo que para afrontar los problemas de salud se requieren más elementos que los que produce la propia enfermedad. Emplea un código alfanumérico compuesto por una letra en la primera posición seguida por varios dígitos separados por un punto entre el tercer y cuarto carácter. Los códigos pueden abarcar del A00.0 al Z99.9. Los primeros cuatro caracteres del código son oficialmente internacionales. El quinto y sexto carácter se dispusieron para acomodar adaptaciones de tipo local o especial. (Mezzich, Zapata MI, & Schwartz, 1995)

El capítulo V de la Codificación Internacional de Enfermedades – versión X [CIE X], es el que corresponde a Trastornos Mentales y del Comportamiento, y específicamente incluye a los Trastornos Mentales y del Comportamiento debido al Uso de Sustancias Psicoactivas, cuyo código alfa numérico es [F10-F19]. Este grupo abarca trastornos de diferente gravedad y formas clínicas, pero todos atribuibles al uso de una o más de las sustancias psicoactivas, las cuales pueden o no haber sido prescritas por el médico. La sustancia en cuestión se indica por medio del tercer carácter [F1x] mientras los códigos del cuarto carácter [F1x.0] especifican el cuadro clínico. Los códigos deben usarse para cada sustancia especificada, según sea necesario, aunque no todos los códigos de cuarto carácter son aplicables a todas las sustancias.

Según la [CIE-X] la identificación de la sustancia psicoactiva debe basarse en la mayor cantidad posible de fuentes de información. En ellas se incluyen el informe del paciente, análisis de la sangre y otros líquidos corporales, síntomas característicos físicos y psicológicos, signos clínicos y del comportamiento y cualquier otra evidencia, por ejemplo si tiene droga en su poder o declaraciones de terceras personas bien informadas.

Si la persona ha utilizado varias sustancias, el diagnóstico principal debería hacerse, siempre que sea posible, a partir de la sustancia o grupo de sustancias que ha causado o ha contribuido más al síndrome clínico que presenta. Los otros diagnósticos deben codificarse, cuando se han tomado drogas para resultar una intoxicación aguda, [F1x.0] cuarto carácter común “.0”; o en cantidades perjudiciales o nocivas [F1x.1], cuarto carácter común “.1”, síndrome de dependencia, [F1x.2] cuarto carácter común “.2” y síndrome de abstinencia a las sustancias [F1x.3], cuarto carácter común “.3”.

El Manual de Uso menciona que solo debe aplicarse el código de diagnóstico de Trastornos resultantes del uso de múltiples drogas [F 19.-] en los casos en los que los patrones de uso de drogas psicoactivas son caóticos e indiscriminados, o en los que las contribuciones de diferentes drogas psicoactivas están mezcladas inseparablemente. Sin embargo, se debe tener en cuenta que se tiene que excluir el abuso de sustancias que no producen dependencia codificadas como [F55].

En el Capítulo V, la identificación de las sustancias o droga que principalmente ocasiona el cuadro y se categoriza desde [F10] a [F19] es la siguiente:

- F10: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol.
- F11: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos.
- F12: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides.
- F13: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos.
- F14: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína.
- F15: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína.
- F16: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos.
- F17: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco.
- F18: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles.
- F19: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas. (pág. 2)

Siempre de acuerdo a la [CIE-X] las subdivisiones del cuarto carácter que se pueden usar con las categorías [F10 a F19] que son:

F1x.0- Intoxicación Aguda:

"Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicótropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas". (pág. 31)

La [CIE-X] establece pautas para el diagnóstico mencionando:

La intoxicación aguda suele estar en relación con la dosis de la sustancia, aunque hay excepciones en individuos con cierta patología orgánica subyacente (por ejemplo, con una insuficiencia renal o hepática) en los que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación desproporcionadamente grave [...] [...]La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo, y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia [...]

La recuperación es completa excepto cuando el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación. Los síntomas de la intoxicación no tienen por qué reflejar siempre la acción primaria de la sustancia. Por ejemplo, las sustancias psicótropas depresoras del sistema nervioso central pueden producir síntomas de agitación o hiper- reactividad o las sustancias psicótropas estimulantes, dar lugar a un estado de introversión y retraimiento social [...] (pág. 31)

Los efectos de algunas sustancias como el cánnabis y los alucinógenos son particularmente imprevisibles. Por otra parte, muchas sustancias psicótropas pueden producir efectos de diferentes tipos en función de la dosis. Por ejemplo, el alcohol que a dosis bajas parece tener efectos estimulantes del comportamiento, produce agitación y agresividad al aumentar la dosis y a niveles muy elevados da lugar a una clara sedación. "[...] Incluye la embriaguez aguda en alcoholismo; mal viaje debido a drogas alucinógenas y embriaguez sin especificación" (pág. 32)

Se puede recurrir al quinto carácter para indicar si la intoxicación aguda tiene alguna complicación:

- F1x.00: No complicada: los síntomas varían de intensidad, pero suelen estar en relación con la dosis, en especial con los niveles más altos.
- F1x.01: Con traumatismo o lesión corporal.
- F1x.02: Con otra sintomatología médica (por ejemplo, hematemesis, aspiración de vómitos, etc.
- F1x.03: Con delirium.
- F1x.04: Con distorsiones de la percepción.
- F1x.05: Con coma.
- F1x.06: Con convulsiones.

F1x.07: Intoxicación patológica (se aplica sólo al alcohol): “consiste en la aparición brusca de un comportamiento agresivo o violento, no característico de individuos en estado sobrio, después de ingerir una cantidad de alcohol que no produciría intoxicación en la mayoría de las personas”. (Organización Mundial de la Salud [OMS], pág. 32)

F1x.1 Uso Nocivo o Perjudicial:

Forma de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotropas por vía parenteral) o mental, como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol.

En relación a las pautas para el diagnóstico, la [CIE-X] señala que requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia:

Las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobados por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es sólo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como ruptura matrimonial. (pág. 32)

No se considera para el uso nocivo o perjudicial la aplicación del quinto carácter de la [CIE-X].

F1x.2 Síndrome de Dependencia:

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

En relación a las pautas para el diagnóstico, la [CIE-X] expresamente menciona que solo debe hacerse si durante algún momento, en los doce meses previos o de un modo continuo las personas han presentado tres o más de los siguientes rasgos:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo, o para controlar la cantidad consumida.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia (ver F1x.3, F1x.4) cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia

(o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).

e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.

f) Persistencia en el consumo de la sustancias a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia. (págs. 33-34)

Una aclaración a este enunciado es que siempre debe estar presente el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia.

Por eso se hace la salvedad que no se incluye en este síndrome a los enfermos quirúrgicos que reciben opiáceos para alivio del dolor y que pueden presentar síntomas de un estado de abstinencia a opiáceos cuando no se les proporciona la sustancia, pero que no tienen deseo de continuar tomando la misma.

Los cuadros que incluye son: alcoholismo crónico, dipsomanía, adicción a psicofármacos.

Este síndrome se puede especificar más aplicando el quinto carácter:

F1x.20: En la actualidad en abstinencia.

F1x.21: En la actualidad en abstinencia en un medio protegido (hospital, comunidad terapéutica, prisión, etc.).

F1x.22: En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado (por ejemplo, con metadona, con chicles o parches de nicotina) (dependencia controlada).

F1x.23: En la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes (por ejemplo, disulfiram o naltrexona).

F1x.24: Con consumo actual de la sustancia (dependencia activa).

F1x.25: Con consumo continuo.

F1x.26: Con consumo episódico (dipsomanía). (pág. 34)

F1x.3 Síndrome de Abstinencia

Conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de la sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

Como pautas para el diagnóstico la [CIE-X], aclara:

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia (véase F1x.2), por lo cual este diagnóstico también debe ser tomado en consideración [...]

Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos cuenten que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia [...]

Los síntomas del síndrome de abstinencia pueden inducirse por estímulos condicionados o aprendidos, aún en la ausencia de un uso previo inmediato de la sustancia. En estos casos el diagnóstico de síndrome de abstinencia solo se hará si lo requiere su gravedad. (págs. 34-35)

Este síndrome se puede concretar más aún con la aplicación de un quinto carácter:

F1x.30: No complicado.

F1x.31: Con convulsiones.

Todas estas sustancias clasificadas según la [CIE-X], en psicoactivas, son usadas de distintos modos o patrones y se inscriben en un mundo de significados y sentidos, de acuerdo a las definiciones sociales, económicas y culturales de los distintos contextos en que se produce tal uso. Existen consumos recreativos y otros terapéuticos, consumos con sustancias legales, alcohol, café, tabaco, psicofármacos o ilegales, cocaína, marihuana, alucinógenos, heroína. Dentro de esos consumos, el alcohol y el tabaco son las drogas más utilizadas en el mundo, son sustancias similares ya que ambas son legales, se pueden obtener fácilmente en la mayoría del mundo y ambas son comercializadas por grandes emporios trasnacionales, y dirigen todas sus campañas publicitarias a los jóvenes. (Vila, 2007).

Según un trabajo de la [SEDRONAR] (2007) los psicofármacos, también consideradas sustancias legales, son usados cada vez más para poder responder a las excesivas cargas de la vida social:

En el marco de una sociedad en pleno proceso de pérdida del peso de las instituciones colectivas que regulaban la vida social, es el individuo el que se hace cargo del malestar social, llevando al plano personal, individual, las consecuencias de las crisis originadas en el plano de lo social y ejerciendo sobre el individuo nuevas demandas de autocontrol e iniciativa individual, en virtud de lo cual el psicotrópico se integra como herramienta en esa búsqueda de control de sí mismo, en pos de una vida más socializada. (pág. 3)

Aparece el concepto de *lifestyle* que alude de modo general a aquellos medicamentos o drogas cuyo uso se enmarca en un conjunto de valores y significados asociados al estilo de vida. Es un concepto desarrollado en la posmodernidad, que impregna de sentido el proceso de constitución contemporánea de subjetividades y si bien abarca a otros medicamentos como vitaminas o suplementos dietarios, los psicofármacos son claves dentro de este grupo. (pág. 4)

Por otra parte, el consumo con una o más sustancias puede transformarse en una intoxicación aguda. Según la Ficha Instructivo para el registro de consultas a los Centros de Información, Asistencia y Asesoramiento Toxicológico de Argentina, realizado por la Subsecretaría de Programas de Prevención y Promoción, de la Secretaría de Programas Sanitarios del Ministerio de Salud de la Nación, (última edición 2003) las intoxicaciones agudas se agrupaban en intencionales, es decir, cualquier exposición a sustancias o tóxicos en la cual hay intención de causar daño, como en las tentativas de suicidio, y no intencionales: cuando la exposición a la sustancia o sustancias no tiene intención de causar daño. (Servicio de Toxicología de Rosario [SERTOX], 2003)

En los últimos años se ha modificado esta clasificación, considerando que en el consumo de sustancias siempre está la intencionalidad de consumir, siempre es un consumo intencional, pero cuando la intoxicación aguda tiene la finalidad de causarse

daño, como en las tentativas de suicidio, se la denomina autointoxicación. (J. Piola, comunicación personal, marzo 2015)

El consumo de las llamadas drogas ilegales o prohibidas, independientemente de qué sustancia o qué capacidad tienen sobre la conducta de las personas, encierra el discurso construido a los largo de más de cincuenta años de prohibicionismo, convirtiendo ese uso en problemático, transformando el fenómeno de las drogas en problema social, en un desvío, en una enfermedad, permitiendo la utilización de prácticas para su tratamiento que se fundamentan en argumentos médicos o legales. (Touzé, 2007)

Para seguir identificando las modalidades o patrones de uso de las drogas por parte de la población se pueden diferenciar en consumo episódico o crónico. El consumo episódico es experimental, caracterizado por un uso esporádico durante un período muy corto, o porque la cantidad de droga utilizada es muy reducida. También se denominan así las experiencias de algunos consumos que luego no se mantienen en el tiempo. La droga en general es ofrecida por amigos o compañeros y no se restringe a un solo tipo, sino que depende de la disponibilidad.

Se aplica el término consumo episódico también cuando este es ocasional e intermitente, a veces en grandes cantidades, cuyas motivaciones se sitúan en el ámbito de lo social, para producir integración a un grupo por medio de la desinhibición o para la obtención de un mejor desempeño que puede ser sexual, deportivo o de resistencia física. En esta categoría de uso la persona discrimina la droga y la situación en que desea usarla, pero si este comportamiento es frecuente, la persona tiene más probabilidades de desarrollar una drogodependencia.

El consumo crónico, en cambio, es el uso de sustancias sistemático y habitual, que ocurre diariamente y que tiene la doble intención: por un lado, aliviar tanto malestares psicológicos como somáticos si ya está instalada la dependencia a la sustancia y por el otro, mantener el rendimiento necesario para las actividades de la vida cotidiana, como es el caso de los usuarios de cocaína. Están presentes pequeñas alteraciones de la

conducta, a pesar de que la persona pase gran parte del tiempo pensando en la droga y en su búsqueda y autoadministración.

Otro tipo de consumo crónico es el compulsivo, caracterizado por ser un consumo intenso y varias veces al día. Lo pueden hacer en forma aislada o bien entre otros usuarios, presentan alteraciones marcadas de la conducta que ocasionan perjuicio social y situaciones como la pérdida de los vínculos familiares, laborales, actos delictivos y vagabundeo entre otros, transformándose en sujetos incapaces de manejar situaciones básicas cotidianas. El objetivo de este consumo compulsivo casi siempre tiene el objeto de mantener el funcionamiento y aliviar síntomas de abstinencia que se manifiestan cuando suprime el uso o cuando cesa el efecto de la droga. (Lorenzo Fernández, Ladero, Leza Cerro, & Lizasoain Hernández, 2004)

Margarita Antonia Vilar Luis (2005) señala que cualquier patrón de uso puede traer problemas:

[...] un consumo de bajo riesgo es aquel que se hace en bajas dosis y viene acompañado de cuidados para prevenir incidentes relacionados con el mismo. Un consumo es nocivo o perjudicial cuando el individuo consume esporádicamente, pero es incapaz de controlar o ajustar su modo de consumo. Esto le puede ocasionar problemas sociales, tales como peleas, ausentismo laboral, problemas físicos (accidentes) y psíquicos (agresividad). Se está frente a una *dependencia* cuando la sustancia es consumida de manera compulsiva y con el propósito de evitar los síntomas de abstinencia que conforme a su intensidad le puede causar problemas de diversa índole, físicos, psíquicos, sociales. (pág. 25)

Si bien la [CIE-X] define uso nocivo o perjudicial, no indica para ese cuadro la aplicación del quinto carácter, como en el resto de los cuadros, abriendo una controversia en relación a la delimitación de los conceptos de uso nocivo o perjudicial y dependencia.

Otro concepto que genera debates es el significado de abuso. Marcelo Vila (2007) señala que el concepto de abuso de drogas suele ser un juicio de valor que hace referencia a la ingestión de drogas en cantidades y circunstancias que se desvían de las pautas sociales de una determinada cultura y, en general, tiene poca relación con el daño que estas producen. (pág. 29)

Otra definición es la que formula el Real Colegio Británico de Psiquiatras, según lo citan (Lorenzo Fernández, Ladero, Leza Cerro, & Lizasoain Hernández, 2004) "se entiende por abuso cualquier consumo de una droga que dañe o amenace con dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de otros individuos, o de la sociedad en general, o que es ilegal." La última característica que agregan al concepto remite a normativas de uso que se intentaban implementar a fines del siglo XX.

La literatura brasileña aporta:

Una sustancia tiene potencial para el abuso cuando puede liberar en el individuo la auto administración repetida, que por lo regular, resulta en tolerancia, necesidad creciente de incrementar la cantidad de droga para alcanzar el efecto deseado; abstinencia, síndrome específico que aparece con la supresión de la droga y comportamiento compulsivo de consumo. (Laranjeira, 2004, pág. 14)

Los términos "drogodependencia", "drogadependencia", "adicción" y "toxicomanía", en un sentido práctico pueden ser usados como sinónimos, aunque haya serias discusiones entre los seguidores de una y otra vertiente teórica: por ejemplo, toxicomanía es utilizada por los psicoanalistas. Tanto adicciones como toxicomanía son términos conocidos desde hace muchos años, pero a mediados del siglo pasado se le atribuyen connotaciones peyorativas, morales y legales, por lo que más adelante se introduce el vocablo drogodependencia como un término científicamente más preciso. (Touzé, 2007)

El término adicciones en la actualidad se utiliza para designar conductas con características de dependencia, como el juego, la comida, Internet, la televisión, el sexo y otros: por tanto no se restringe solo al uso de sustancias químicas y significa necesidad imperiosa que no considera las consecuencias nocivas para el individuo y/o su entorno. (Lorenzo Fernández, Ladero, Leza Cerro, & Lizasoain Hernández, 2004)

Frente a la diversidad de términos que se presentan en la bibliografía para denominar al fenómeno de las drogas, en esta investigación se optará por definir a las drogas como sustancias psicoactivas "que son las sustancias con efectos sobre el Sistema Nervioso Central que tienen la capacidad de cambiar la percepción, el estado de ánimo

y/o el comportamiento y que son reconocidas según los códigos F10 a F19 de la [CIE-X] en su capítulo V de los Trastornos Mentales y del Comportamiento debido al Uso de Sustancias Psicoactivas: alcohol (F10); opioideos (F11); cannabinoides (F12); sedantes o hipnóticos (F13); cocaína (F14); otros estimulantes (incluida la cafeína) (F15); alucinógenos (F16); tabaco (F17); disolventes volátiles (F18); múltiples drogas u otras sustancias psicoactivas (F19)".

Reconoce como consumo al uso de una o más sustancias psicoactivas, las cuales pueden o no haber sido prescriptas por el médico y como patrón de consumo, al uso de una o más sustancias psicoactivas identificadas según el tercer carácter (F1x) y que puede producir trastornos o cuadros clínicos concretos identificados en esa Codificación a partir del cuarto (F1x.0) y quinto carácter (F1x.00), según se mencionan en las páginas precedentes.

II - 2- Recorrido Histórico Del Consumo De Drogas

El escritor y ensayista Antonio Escohotado, citado por (Grigoravicius, 2004), señala que el uso de las sustancias psicoactivas se remonta al comienzo mismo de la humanidad. Los científicos han descubierto que casi la totalidad de los más antiguos grupos y tribus de cazadores y recolectores, en diferentes lugares del planeta, hacían uso de alguna sustancia, acompañando a sus cultos (mágicos, religiosos) y a las actividades médico-terapéuticas. Ejemplo de ello son los cultivos de opio o adormidera en Europa hacia el siglo XXV [AC], las plantaciones de marihuana en China de 4000 [AC] así como gran cantidad de bebidas alcohólicas de la antigüedad, producto de la fermentación de distintos vegetales.

El término griego *phármakon*, que a la vez indica la idea de remedio y veneno brinda una idea clara que no es ni una cosa ni la otra, sino las dos inseparables. En la antigüedad ningún fármaco era considerado inocuo ni altamente peligroso en sí mismo, sino que la frontera entre el remedio y el veneno estaba dada por el uso que las personas hacían de las sustancias. Hubiera resultado inadmisibles en esa época pensar en drogas "buenas" o "malas" para el ser humano, ya que el concepto se encontraba despojado de valores morales. (Abonizio M. , 2008, pág. 89)

Los usos de drogas son antiguos como la humanidad pero de acuerdo a los contextos culturales, religiosos, étnicos, políticos han mutado. El uso de estimulantes, basados en drogas como la cafeína y cocaína, es igualmente muy antiguo. El arbusto de coca es originario de las regiones andinas sudamericanas, y desde el siglo III [AC] hay esculturas de rostros con las mejillas abultadas por la masticación de sus hojas. También son de origen americano la guaraná, el mate que contiene cafeína y el cacao que contiene teobromina. El té, que contiene cafeína y teína, se usaba en China desde hace cuatro o cinco milenios. La nuez de cola y el kat son originarios de África.

Olivier Ralet citado por (Touzé, 2007) expresa:

Tradicionalmente los psicótrópos juegan el doble rol de facilitadores del vínculo social, ilustrado en los cristianos por el milagro de la transformación del agua en vino de las Bodas de Canaá y de vehículo hacia lo sagrado, ilustrado por la transformación del vino en sangre de Cristo. Los consumos ritualizados no se consideran problemas. Su uso no se define como abuso y el abuso eventual es considerado un accidente. (pág. 3)

A fines del siglo XIX, se descubren y aíslan los principios psicoactivos de numerosas especies vegetales. Los laboratorios europeos comienzan a producir y comercializar legalmente productos como la morfina, la heroína, la cocaína, el éter y el cloroformo, entre otros, por lo que todas las drogas conocidas hasta ese momento se pusieron a la venta en las farmacias europeas, americanas y asiáticas. El uso era generalizado pero moderado, con casos aislados de intoxicación o sobredosis, todo en un contexto que no lo reconocía como un problema social, de salud o jurídico.

La posición comienza a cambiar respecto del consumo de sustancias psicoactivas dado algunos movimientos sociales que comienzan a gestarse en los Estados Unidos a principios del siglo XX, que imponen una condena moral hacia el consumo de algunas sustancias asociadas a poblaciones y sectores sociales marginados y discriminados por esa sociedad, como los negros y los inmigrantes chinos y mexicanos. Además, la corporación médica y farmacéutica intenta consolidarse como monopolio respecto a la prescripción de sustancias psicoactivas y comienzan a condenar la autoadministración y

la venta libre en farmacias. La moral protestante vigente en los siglos XVIII y XIX se ubica como la raíz de tales movimientos, que hacen de la abstinencia una obligación moral para el ser humano, pretendiendo proteger a los hombres de sus propios excesos. Si bien esos preceptos morales todavía continúan, fueron reemplazándose poco a poco por fundamentos de orden sanitario y social que se complementan con aquellos. Todas estas tendencias de la sociedad, de origen diverso, confluyen luego en las políticas prohibicionistas que combinan principios científicos y severos preceptos morales que condenan fuertemente el uso de determinadas sustancias psicoactivas. (Grigoravicius, 2004)

Esto se inicia en Estados Unidos, que hace del consumo de sustancias no solo un problema de salud, sino uno de orden público y de seguridad ciudadana, construyendo de esta forma, una concepción moral del problema que será trasladada poco a poco a otras latitudes del mundo. El problema de las drogas se logra incluir en la agenda internacional como preocupación compartida y en 1909, se convoca a la Conferencia de Shangai, origen de futuras convenciones sobre regulación de la producción y comercialización de sustancias psicoactivas. Este primer encuentro conforma el punto de partida de una era de legislación prohibicionista, siendo el primer texto de derecho en la materia, de alcance internacional. Se inaugura de esta manera, un camino de múltiples convenciones, convenios y acuerdos internacionales que se suceden hasta nuestros días.

[...] el concepto de "prohibición" encuentra al menos dos líneas de justificación: la línea policíaca, fundada en argumentos moral-cívicos y la línea terapéutica fundada en argumentos psicológicos y psiquiátricos. La línea policíaca construye el uso de drogas como un fenómeno relevante de la moral pública. La prohibición se funda en dos perspectivas del uso a) comportamiento peligroso y criminal para sí mismo y para otros con claras connotaciones de acentos paternalistas y moralizantes; b) referencias a límites a disponer de sí mismo y atentado a la libertad de otros, lo que apunta a prevenir la alineación de otros por el intercambio de un producto que inhibe la libertad individual. La línea terapéutica construye el uso de drogas como un comportamiento de dependencia patológica a un producto tóxico. La prohibición se funda en una cierta representación del orden normal de cuerpos y personalidades. De esta forma se construyen los argumentos que dan sustento a las actuales formas de control de las drogas y de los usuarios. (Touzé, 2007, págs. 7-8)

Robert Castel y Anne Copel, citados por (Tabares, 2007), analizan que existen tres tipos de regulaciones de la actividad del consumo de sustancias en las sociedades modernas, a las que denominan controles societarios, heterocontroles y autocontroles.

Los controles societarios son las regulaciones que toda sociedad impone al uso de los productos. En las sociedades occidentales, solo a partir de fines del siglo XIX, se transforma el consumo de sustancias en un problema social, porque ya no pueden con las regulaciones tradicionales enmarcar el consumo de las drogas. Entonces, este último aparece como falla de esos controles de la sociedad. Se connota al consumo como peligroso y amenazante por el hecho de no participar en los rituales sostenidos colectivamente o no estar subsumido a los valores que tiene esa sociedad. (pág. 37)

El sujeto está inscripto en las redes sociales de donde recibe mensajes y su conducta es juzgada, evaluada. Es regulado por su entorno, los controles societarios, o sea esas regulaciones informales, no especializadas, no profesionales ni acreditadas. Es la desaprobación del vecino, la sanción del profesor, del empleador, la ira del padre. Son controles que la sociedad civil pone de relieve cotidianamente, a diferencias de los "heterocontroles" que realizan intervenciones puntuales (pág. 40)

Las conductas de los consumidores resquebrajan las regulaciones colectivas, y son percibidas como atípicas apareciendo representaciones donde esas conductas son posibles de socavar los esquemas dominantes de la propia sociedad. En este sentido, es posible plantear el tema de la legalidad e ilegalidad, siendo estas últimas drogas la mayor ruptura con la ley común social. No obstante, se constituye en una trasgresión a esos controles societarios, cuando se promueven desde los medios masivos de comunicación el uso y abuso de psicofármacos, tabaco o el alcohol.

En términos de Robert y Copel, citados por (Tabares, 2007), se puede advertir:

Sin negar la importancia del producto, se percibe que la toxicomanía no es solamente cuestión de producto, de cantidad consumida, ni sin duda del carácter legal o ilegal del producto. Es también una cuestión de regulaciones y de relaciones con las regulaciones. (pág. 39)

Los heterocontroles son las formas de regulación institucionalizada y profesionalizada que tiene la sociedad respecto de las drogas: emergen de las políticas y

son dispositivos para enfrentar una problemática que preocupa a la sociedad. En este caso, tanto la medicina como la justicia se constituyen en intentos de heterocontroles y se enfrentan para lograr el dominio sobre la situación.

Ni una ni otra disciplina ha resuelto y codificado plenamente el problema, ya que no es solamente un delito ni solo una enfermedad ni la suma de ambos, porque al ser tan complejo, y con tantas aristas, desborda el campo de acción de ambas, aunque actualmente brindan los elementos para tratar el fenómeno y a los propios usuarios. (Tabares, 2007)

Por otra parte, y en lo que refiere a los autocontroles, Tabares plantea que:

[...] hacen referencias a formas de regulación internalizadas. Una característica definitoria del adicto es su incapacidad para autorregular su consumo. A su vez, las drogas ilícitas tienen un común denominador, que es que están fuertemente controladas [...] (pág. 42)

El sujeto que ha entrado en el campo del consumo adictivo tiene, en general, cierto autocontrol ya que por ejemplo, busca un lugar para consumir donde otros no lo vean, se consigue de una u otra forma la sustancia aun cuando esta sea ilegal, tiene cuidado en dosificar la ingesta por temor a la sobredosis entre otros. Salvo casos extremos, mantiene lazos sociales, los amigos y la familia, ya que no quiere perder relación con su entorno más próximo. "Por un lado, los autocontroles son la interiorización de los controles societarios y legales de las drogas ilícitas, y cada usuario privilegia, en la medida de sus posibilidades, un aspecto y otro de los mismos". (pág. 42)

Los contextos históricos y sociopolíticos así como también aquello que la sociedad considera y percibe sobre el fenómeno, van determinando los mecanismos de control y sus dispositivos como respuestas para enfrentarla.

La interrelación entre las creencias y las representaciones sociales condiciona fuertemente el tipo de respuestas institucionales (los heterocontroles) que pone en juego para controlarlo. Asimismo, sobre las drogas existe una percepción social generada por

estereotipos que definen, modifican o sostienen las formas de controlarlas. (Touzé, 2007).

II - 3- Las sustancias psicoactivas o drogas.

Según el Diccionario de la Lengua Española, de la Real Academia Española [RAE], droga es una palabra que proviene del ár hisp., árabe hispano, “*ḥ at rūka*”; literalmente, charlatanería, y tiene dos acepciones: “1. [f]. Sustancia mineral, vegetal o animal, que se emplea en la medicina, en la industria o en las bellas artes; 2.f. Sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno”. Este diccionario no registra la definición de psicótropo, pero se encuentra conceptualizado sicotrópico/ca:”. [Adj.]. Dicho de una sustancia psicoactiva: que produce efectos por lo general intensos, hasta el punto de causar cambios profundos de personalidad”. (Real Academia Española, 2001)

En el Diccionario Médico, Biológico, Histórico y Etimológico de la Universidad de Salamanca, España, se encuentra definido el vocablo “droga” también con dos acepciones: 1. f. (farm.) Materia prima de origen biológico que sirve para la elaboración de medicamentos y otra, 2.f. (farm.) Sustancia psicoactiva de efecto estimulante, narcótico, deprimente o alucinógeno. (Cortés Gabaudan, 2013)

Tal como fue mencionado previamente en esta investigación se optó por la utilización del término de sustancias psicoactivas, que son aquellas reconocidas por la [OMS] y que están incluidas en la [CIE-X], edición española. Según esa Clasificación existen nueve (9) tipos de sustancias psicoactivas capaces de producir trastornos mentales y del comportamiento. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 1994)

El término trastorno mental, como otros en el campo de la salud, no tiene una definición que englobe todas las posibilidades y que tenga un límite preciso. Se transcribe a continuación entonces la que se encuentra en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*” [DSM-IV-

TR], cuarta revisión, de la “*American Psychiatric Association*” [APA]: “[...] síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad”. (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 1992)

En la edición española de la [CIE-X] el vocablo “trastorno” se utiliza con mayor amplitud que en la inglesa, ya que por un lado define el ámbito de la nosología y por otro, conserva la ambigüedad indispensable para incorporar los avances del conocimiento (Centro Privado de Salud Mental [PSICOMED], 1994).

Se reseñó cada sustancia reconociendo los principales efectos una reseña de cada una de las sustancias. Se aclara que se respeta en muchas ocasiones la literalidad del texto fuente dado la especificidad de su contenido. **(ANEXO I)**

II - 4 - La situación de salud-enfermedad-atención y el fenómeno de las drogas

La complejidad del consumo de sustancias, la multidimensionalidad del fenómeno, los significados diversos que se construyen en su entorno, llevan necesariamente a que su estudio deba realizarse en distintos planos. Un posible esquema de análisis del uso de sustancias psicoactivas es el clásico “triángulo epidemiológico”:

[...] este triángulo reconoce tres vértices que se interrelacionan e influyen recíprocamente, y que representan los polos en la conceptualización de los problemas vinculados al proceso salud enfermedad atención en este campo. Los tres polos son agente – huésped – medio ambiente y que para el tema del consumo de drogas, los polos serían sujetos – sustancias – condiciones culturales, políticas y sociales. (Pawlowicz M. P., 2007, pág. 43)

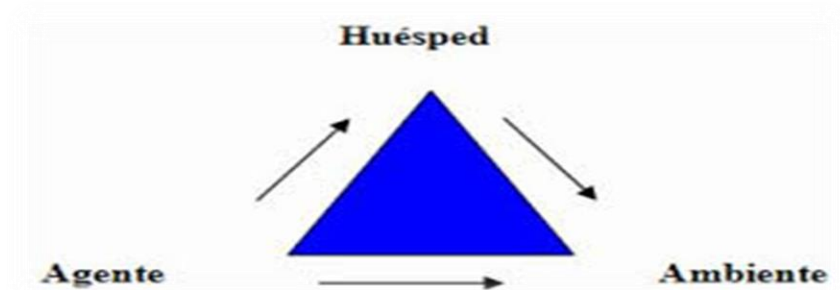
Esta propuesta presenta la interrelación y la influencia recíproca que tiene cada vértice en relación con el proceso salud-enfermedad-atención [SEA]. Es poder acercarse al tema desde una perspectiva relacional, considerando que la droga y su uso problemático no es independiente de ese sujeto que hace uso, de las formas diferenciadas de uso que hace, de las motivaciones que tiene para hacerlo, los elementos de su contexto más cercano donde quizás están esas motivaciones. Pensar en los distintos polos de ese

triángulo y relacionarlos permite construir el fenómeno drogas de un modo que quizás colisione con la percepción social circulante e incluso con los discursos formales y sostenidos institucionalmente en el campo de la salud, de la educación, entre otros.

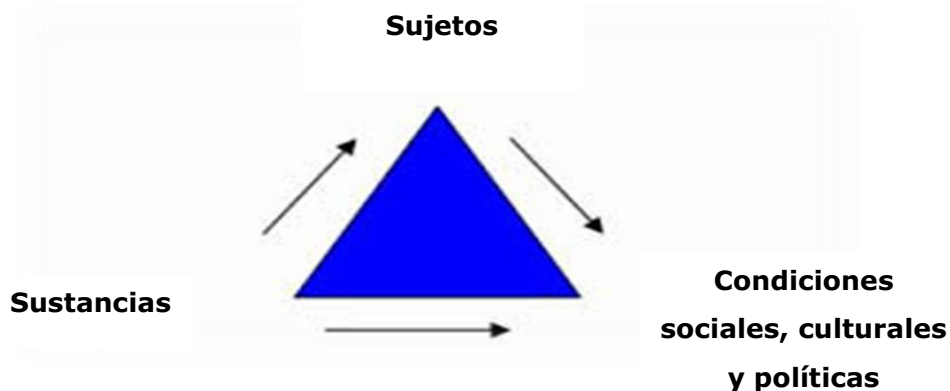
Graciela Touzé citada por (Pawlowicz M. P., 2007) agrega que los vértices del triángulo se pueden reformular en términos de preguntas, planteando ¿quién consume?, ¿qué se consume?, ¿cómo, cuándo y dónde se consume”?.

A continuación se presenta en la **Figura 1** el triángulo epidemiológico aplicado al tema drogas:

TRIÁNGULO EPIDEMIOLÓGICO



TRIÁNGULO APLICADO A DROGAS



PREGUNTAS ORIENTATIVAS

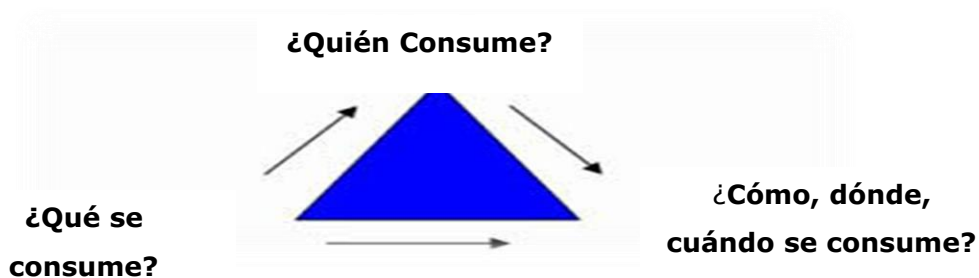


Figura 1. Pawlowicz, 2007. La diversidad de prácticas de uso de drogas. La Construcción Social del Problema Drogas, Intercambios Asociación Civil, p. 4

La descripción y explicación de la situación de salud-enfermedad no es independiente de quién y desde qué posición la describe y explica, lo que determina posiciones teóricas hegemónicas que se imponen sobre otras.

En esta investigación, se considera de suma importancia el aporte de Pedro Castellanos al señalar que, si bien los fenómenos pueden movilizar a las fuerzas sociales, quienes las conforman, los actores sociales involucrados, las pueden desarrollar a partir de lo que perciben como eficaz en relación a sus propósitos. (Castellanos, 1988)

Una situación de salud-enfermedad, desde el punto de vista de un actor social, contiene una selección de problemas, fenómenos que afectan a grupos de población seleccionados; una enumeración de hechos, que en su contenido y forma es asumida como relevantes (suficientes y necesarios) para describir los problemas seleccionados y una explicación, es decir la identificación y percepción del complejo de relaciones entre los múltiples procesos, en diferentes planos y espacios, que producen los problemas (pág. 44)

La problemática del consumo de drogas, analizado desde este modelo social de entender el proceso salud-enfermedad, permite un mayor nivel de explicación de la complejidad que involucra.

El nivel singular abarca la frecuencia o gravedad de una patología o accidente en particular (en este caso, el consumo de sustancias psicoactivas o drogas) entre personas con determinados atributos de tiempo, espacio o caracteres biológicos o sociales individuales. Las formas de organización, las acumulaciones que producen estos hechos suelen ser formas de vida y conductas individuales o estilos de vida, y la exposición individual a factores o procesos de riesgo constituyen los llamados grupos de riesgo. Las leyes definidas por la epidemiología a este nivel son las leyes de variación de agentes, del huésped y de los riesgos, aun cuando se hayan definido, además un conjunto de otras leyes y principios más específicos para cada tipo de patología o problema.

En el nivel particular, las intervenciones en salud, se organizan en programas de salud para grupos de población, dando mayor posibilidad de participación de las organizaciones de la propia población (en este caso, en consonancia con las distintas estrategias de prevención del consumo de drogas). De esta forma, muchas de las

acciones desde el abordaje singular pueden potenciarse como parte del esfuerzo por modificar las condiciones de existencia del grupo.

El nivel general es el ámbito de las políticas y planes de salud, que definen el modelo asistencial. Se deciden las prioridades en cuanto a los grupos de personas y planes de salud y es el nivel donde se expresa el impacto de los cambios históricos, los modelos económicos y los procesos políticos. (Fleitas, 2013)

Esta explicación se presenta a continuación en la Figura 2

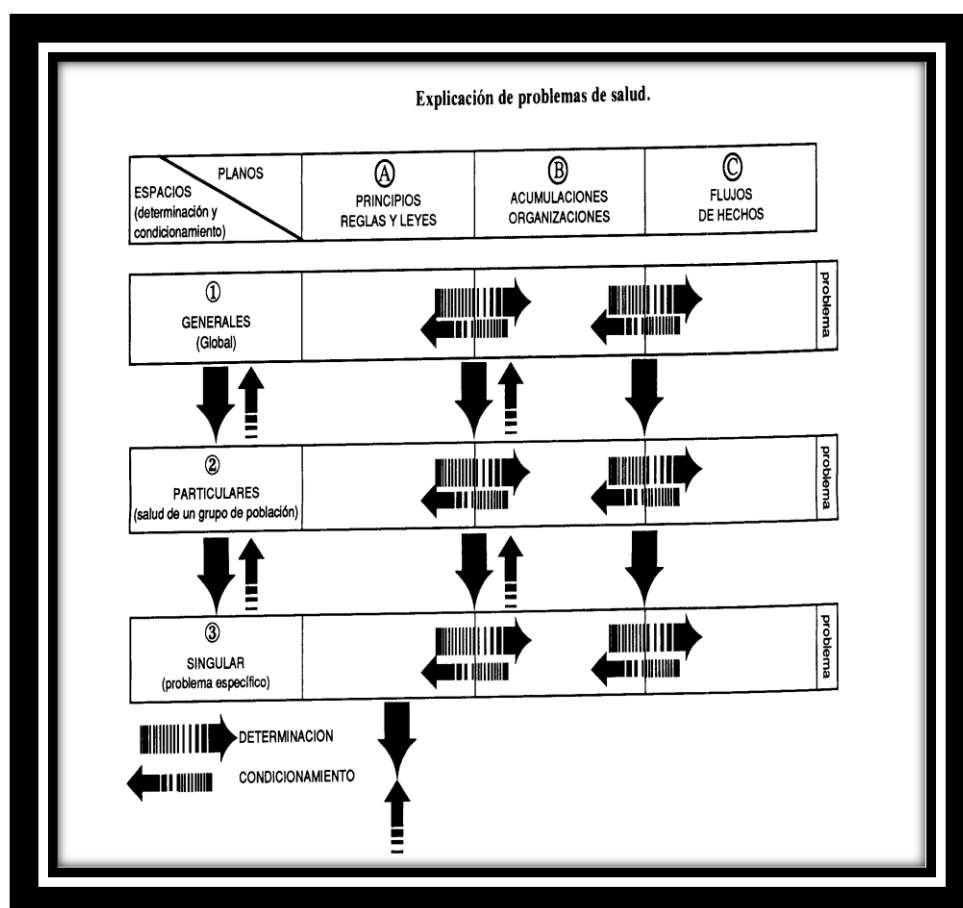


Figura 2. Explicación de problemas de salud. (Castellanos, 1988, pág. 49)

Los procesos correspondientes a espacios superiores tienen una relación de determinación sobre los procesos que corresponden a espacios de menor jerarquía, pero no es una relación causal, sino que delimitan el espacio de variedad posible de los procesos y fenómenos. La forma como se desarrollan los hechos en un determinado nivel,

se traduce en organización, acumulaciones biológicas y sociales, que afectan los niveles superiores de determinación. Por ejemplo, los perfiles de salud-enfermedad de un determinado grupo de población, están determinados por los procesos de reproducción social de sus condiciones objetivas de existencia o nivel particular, los cuales están determinados -a la vez- por los procesos que rigen la reproducción general de esa sociedad y que establecen la forma particular de inserción de dicho grupo en tales procesos generales. Sin embargo y precisamente porque la reproducción de las relaciones generales de la sociedad supone la reproducción de los diferentes grupos que la componen, cualquier modificación a nivel de las condiciones objetivas de existencia de un grupo, se expresará de una u otra forma en los procesos generales de reproducción. Finalmente, entre los procesos de niveles superiores e inferiores hay una relación de determinación y en el sentido contrario hay una relación de condicionamiento.

Querer analizar una situación de salud-enfermedad desde una perspectiva social, y buscar la integración epidemiológica con las ciencias sociales se transforma en una tarea sumamente dificultosa ya que aquella se centra en lo patológico, se responsabiliza solo de la persona afectada, utiliza metodología experimental y reduccionista e investiga con técnicas cuantitativas. Por el contrario, las ciencias sociales consideran al sistema social, tienen una responsabilidad contextual y con metodología holísticas y técnicas cualitativas. (Fleitas, 2013)

Brehil, (1990) uno de los mayores exponentes de la Epidemiología Crítica, en su libro "La salud-enfermedad como hecho social: un nuevo enfoque" sostiene que los problemas determinantes de las enfermedades, no solo se generan en los organismos individuales, ni solamente se encuentran en el cuerpo humano, sino que son procesos que se gestan en la dimensión social de la vida y tienen sus raíces en los modos de organización de la sociedad y en los patrones de trabajo y consumo de los distintos grupos.

La nueva epidemiología o epidemiología crítica comprende el abordaje de la producción de enfermedades en el plano de lo colectivo y para hacerlo construye una idea científica de los procesos que operan como determinante de las mismas. Los aspectos más importantes de esta nueva visión son: la formulación de los problemas epidemiológicos que explican la génesis de la salud colectiva como partes integrantes de la vida social general y la interpretación de que las causas de la enfermedad no son entidades estáticas que se pueden abstraer formalmente, sino que tienen que ser interpretadas como parte del movimiento global de la vida social. (Brehil, 1990)

Ese es el desafío de querer analizar y comprender la problemática de las drogas desde esa mirada, porque permite reconocer la relación dialéctica que ocurre entre las fuerzas determinantes más amplias y la posibilidad de que existan fenómenos singulares en los individuos, o sea que reconoce la necesidad de observar las leyes históricas de la producción y la organización de la sociedad para explicar las causas más profundas de la enfermedad, pero también reconoce que el único camino para comprender lo específicamente epidemiológico es analizar cómo actúan los procesos biológicos y se transforman en el seno de ese movimiento más amplio, para originar los fenómenos epidemiológicos.

También se consideran importantes los aportes de la Medicina Social Latinoamericana ya que brindan los elementos fundantes a la definición del proceso salud-enfermedad al que agrega el concepto "atención":

[...] el modo en que la sociedad explica y soluciona o da respuesta a sus dolencias. El proceso salud-enfermedad-atención constituye un universal que opera estructuralmente en forma diferenciada, en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran. Aun cuando esta es una afirmación casi obvia debe subrayarse que la enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud constituyen algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales. Son parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad; el sujeto, desde su nacimiento, cada vez más "medicalizado", se constituye e instituye, por lo menos en parte, a partir del proceso salud-enfermedad-atención. (Menéndez & Di Pardo, 1996, pág. 71)

Relacionándolo con la temática del consumo problemático de drogas, según los distintos paradigmas imperantes, la enfermedad será construida en el proceso social que la califica, denomina y realiza su atención de determinada manera, por lo que se va constituyendo colectiva y subjetivamente en los sujetos. Tanto las enfermedades como las respuestas para la atención a esas enfermedades constituyen procesos estructurales en todo sistema y conjunto social.

Pensar desde esta perspectiva una situación de salud-enfermedad-atención tiene impacto y genera técnicas y saberes, así como ideologías para solucionar los padecimientos y utilizar los sistemas de salud.

[...] las prácticas de salud abarcan, tanto los recursos para interpretar los acontecimientos en salud, como las acciones concretamente realizadas para resolverlos. Estas prácticas son construidas en campos socio-económicos-políticos-culturales, en los que a su vez se instituyen las formas de atención, siendo la biomedicina solo una de las modalidades de atención, pero que se basa en una ideología legitimada por el Estado y la sociedad. (pág. 71)

Los que representan la biomedicina cuando se encuentran con los que requieren de la misma producen encuentros interculturales, que tienen lógicas diferentes, surgen los conflictos, las contradicciones, la oposición e incluso a veces se llega a la complementariedad.

En cuanto a esta investigación en sí misma, busca -en ambas fases- desentrañar esos encuentros que se producen en un contexto donde se desarrolla la biomedicina: las instituciones hospitalarias. Los integrantes del conjunto social de Rosario y alrededores concurren en busca de atención a los Servicios de Guardia de los hospitales de la ciudad porque está considerado como una de las estrategias para enfrentar los padecimientos:

[...] Que incluye significaciones y prácticas producto de las representaciones socio-culturales de su grupo y también las experiencias particulares de los sujetos/actores. La enfermedad, los padecimientos y los daños han sido, en diferentes sociedades, algunas de las principales áreas de control social e ideológico tanto a nivel macro como microsocioal. No es un problema de una sociedad o una cultura, sino que constituye un fenómeno generalizado a partir de tres procesos: la existencia de padecimientos que refieren a significaciones negativas colectivas; el desarrollo de comportamientos que necesitan ser estigmatizados y/o controlados,

y la producción de instituciones que se hacen cargo de dichas significaciones y controles colectivos, no solo en términos técnicos, sino socio ideológico. (pág. 72)

Desde la fase cuantitativa se intentó conocer con datos objetivos la frecuencia de usuarios que ingresaron a esos servicios por consumo de sustancias psicoactivas, (*cuántos*), tipo o patrón de consumo (*qué y cómo*), su perfil socio-demográfico (*quiénes*), las características del mismo hecho de atención: cómo ingresaron, si llegaron por sus propios medios o fueron traídos, cómo terminó la atención, si se produjo en la semana o en el fin de semana, en qué horario, mes del año (*cuándo*), entre otros datos.

Caracterizar la magnitud del problema de consumo de drogas en Rosario, en el año 2008, permitió dar sentido a los insumos logrado en la fase cualitativa, que se centró en la perspectiva de los profesionales enfermeros de esos Servicios de Guardia, quienes también estaban atravesados por [RS] sobre el padecimiento de la drogadependencia, y contaban con saberes, propios de su formación y de modalidades institucionales de los lugares de trabajo.

Horacio Tabares, (2007) declara que “vivimos en una *pandemia social* de consumo de drogas, donde el fenómeno de la drogodependencia se nos presenta como una desmesura, como un desborde, con estallamiento de las formas e hipertrofia de los gestos”. (pág. 9).

También describe las pautas que le permiten señalar que es un padecimiento mundial, y dónde se visualizan determinantes y condicionantes, que se juegan tanto en el nivel singular, particular y general (expuestos por Pedro Castellanos):

[...] en relación al consumo de sustancias psicoactivas legales, el consumo de cerveza se ha quintuplicado en los últimos diez años; el alcohol se ha transformado en una droga dura y se han modificado los patrones naturales de consumo. Muchos jóvenes y adolescentes beben para poder soportar las exigencias de una sociedad implacable para quienes no funcionan con el modelo hegemónico mediático.

Es el imperio de las marcas y del marketing por sobre el ser humano, y las posibilidades de aceptación que tienen los adolescentes de su pares está relacionado con el uso de ropa y zapatillas de marca.

Pero también el cuerpo, el color de la piel, los kilos, determinan por ejemplo si pueden o no entrar a un “boliche”, donde existe una lógica discriminadora que vulnera y afecta particularmente a los jóvenes y adolescentes provenientes de los

sectores más castigados por la crisis económica y social que se está atravesando el país en estas décadas. (Tabares, pág. 22)

Juan Alberto Yaria citado por (Tabares, 2007) reconoce cuatro factores que están asociados a la crisis del consumo de drogas: "la sobreoferta de los productos o sustancias químicas legales y/o ilegales; la aparición de enfermedades o sucesos vinculados a este consumo; las ganancias ilegales asociadas a este comercio que hacen mella en la moral de los pueblos y la alarma social que se puede transformar en pánico colectivo y lleva a situaciones de extrema violencia hacia adictos o distribuidores" (pág. 43)

Asimismo, se plantea que esta epidemia de consumo de drogas se produce generalmente en contextos turbulentos, donde existe una situación de fragilidad de los vínculos afectivos, de pareja y de familia. Una época de mutaciones generalizadas, tanto en lo económico, en lo tecnológico, lo cultural, y lo social; en un mundo en cambio vertiginoso, con gran movilidad de empleos y un mundo informatizado que afecta a los estilos de vida de la población.

Cuando llegan las personas con uso problemática de sustancias a esas instituciones reconocidas por los grupos sociales como las que brindan atención a sus padecimientos, resulta necesario tener en cuenta aquello que no se visibiliza y que está determinado, entre otros, por el complejo industrial comercial que procesa, produce y comercializa las sustancias, la presión del mercado que cotiza los objetos materiales y que con su posesión define una pertenencia social y una identidad psicológica, depreciando el valor de la vida humana, transformándose así en una cultura tanática.

Como algunos condicionantes para ese uso problemático, y como otro elemento de la ecuación adictiva está presente:

[...] un sector considerable de población que vive en un estado de subjetividad y cotidianeidad vulnerables: con frustración crónica de necesidades, la promiscuidad, el desamparo, la exclusión y la marginación que van socavando el tejido familiar cuestionando los roles parentales. Todo confluye para que ante las dificultades para enfrentar y resolver situaciones problemáticas, se encuentren recurriendo a las drogas para escapar del displacer cotidiano. (pág. 62)

II - 5 - Modelos explicativos sobre el consumo de sustancias psicoactivas

Al hacer una revisión de los modelos explicativos del uso de drogas que la literatura presenta, y que fundamentan tanto la prevención como la asistencia o tratamiento y rehabilitación del drogadependiente, aparecen a lo largo del tiempo, diversos modelos ideológicos, que los especialistas enunciaron en relación al entendimiento de las dimensiones que abarca el fenómeno “uso de drogas”. Los modelos se refieren a varias dimensiones del uso de drogas, de acuerdo a las concepciones que las sociedades en los diversos momentos históricos le atribuían a ese fenómeno y a los avances producto de las investigaciones científicas. Cada modelo se concentra en uno o más enfoques para analizar el problema y se basan en un aspecto (o un conjunto de aspectos) de naturaleza diversa, incluyendo desde posiciones morales, legales, teorías psicológicas y sociales, hasta los conocimientos provenientes de investigaciones clínicas y de la práctica médica (Pillon & Villar Luis, 2004)

El término “modelo” puede ser utilizado en distintos sentidos, así por ejemplo desde una concepción metafísica, se refiere al modo de ser una realidad, o supuesta realidad, ideas o formas; en la concepción ética, designa a la persona que por su conducta o propio ser ejerce atracción sobre otras; y finalmente en la concepción epistemológica existen varios sentidos, entre ellos, un modo de explicar la realidad, una forma de representación de una determina realidad, de un proceso, de un sistema en el cual se trata de representar la teoría. Esta última concepción que toma al modelo como una realidad que la teoría trata de explicar, ha sido un término empleado con diversos significados tales como sinónimo de teoría, como un estadio inferior a la teoría pues tiene en general un ámbito más limitado, y como un tipo específico de teoría cuya intención es explicar los fenómenos refiriéndose a un sistema abstracto (entidad formada por elementos, sus funciones y las relaciones que existen entre ellos) o a un mecanismo. Por eso, cuando se estudian los conocimientos referentes al fenómeno del uso de drogas, se

encuentran los contenidos que buscan explicarlo, bajo nombres tales como “modelos explicativos” o bien como “teorías de la adicción”. (Luque & Villagrán, 2000)

En la actualidad coexisten varios modelos explicativos del uso de drogas psicoactivas que denuncian el estadio en que se encuentra el conocimiento relativo a ese fenómeno y la o las ideologías que subyacen bajo cada enunciado siendo la razón por la cual probablemente en un determinado momento histórico social, un modelo se impone a otro, acompañado por las percepciones que la sociedad tiene sobre dicho fenómeno.

Primero en 1975 luego en una segunda revisión en 1982, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO] publicó un trabajo de Helen Nowlis que abordaba el tema de la droga y de la educación. Se cita a continuación un fragmento:

En el uso de las drogas, en forma lícita o ilícita, con fines médicos o no médicos, hay tres elementos básicos: a) la sustancia; b) la persona que la usa c) y el contexto social y cultural de tal uso. Estos tres factores habrán de tenerse en cuenta cualquiera que sea el modo de enfrentar el problema. Cada elemento es complejo: el grado relativo de complejidad que se advierte en cada uno de ellos, dependerá en general de la experiencia, de los antecedentes, de la instrucción y del interés personal o profesional de quien lo analice. (Nowlis, 1982, pág. 12)

Del análisis de la interacción de los elementos mencionados construyó cuatro esquemas conceptuales del problema de las drogas, a partir de privilegiar uno u otro elemento en cada modelo. Touzé y Goltzman los describen de esta forma:

[...] el modelo moral-jurídico centrado en la sustancia como referente y que enfatiza las medidas legales y penales; el modelo médico-sanitario, en el que al adicto se lo considera un enfermo que requiere curación; el modelo psicosocial, analiza al sujeto y las necesidades que lo llevan al abuso de las sustancias tóxicas; y el modelo socio –cultural que subraya la importancia del contexto con respecto a la génesis del consumo y del abuso de drogas. (Touzé & Goltzman, 2007, pág. 61)

Desde Intercambios (Asociación Civil para el Estudio y Atención de los Problemas relacionados con las drogas de la ciudad de Buenos Aires), estas profesionales incorporan para el análisis del fenómeno de las drogas el modelo de la reducción de daños, que aparece más tardíamente, en los años 80-90, como posible respuesta ante la magnitud de los problemas sociales y de salud asociados al uso de drogas fundamentalmente a

partir de la aparición [VIH –SIDA]. Este último modelo se basa en los derechos del sujeto a autogobernarse y en el respeto a las posibilidades que cada uno tiene de elegir, con cierto conocimiento, lo que quiere hacer. No pregona el abstencionismo, sino la disminución o el cambio del consumo de una droga por otra droga de efectos o consecuencias menos dañinas.

Otros autores, en alineación a la [SEDRONAR] y a las políticas nacionales sobre el consumo problemático, no reconocen este último modelo y, en cambio, proponen un quinto modelo denominado geopolítico estructural, donde la droga es vista como mercancía y se acentúan los determinantes estructurales donde el consumo y el narcotráfico son fenómenos globales que mantienen el subdesarrollo y propician la dependencia de los países latinoamericanos. (Kornblit, Camarotti, & Di Leo, 2010)

Modelo ético jurídico

Silvia Inchaurreaga (1998) relata que este modelo fue el primero que surgió en la historia de las explicaciones del uso de drogas psicoactivas y se trata de una perspectiva que encara el uso como una incapacidad o desvío moral del sujeto, quien es considerado “un sinvergüenza, un holgazán”.

Se basa en la concepción del consumidor de drogas como “el malo entre los malos”. Por lo tanto tiene que recibir un castigo por el consumo y ser obligado a someterse a un tratamiento por el mismo uso.

En esta perspectiva, las causas del uso son las actitudes antisociales e inmorales de personas que transgreden la ley. Son casos que requieren intervenciones de orden punitivo y legal, a lo que se agrega la intervención del profesional médico (o curador) para acompañar al tratamiento, que en la mayoría de los casos es obligatorio. El discurso que emerge de ese modelo se basa en la concepción de que el consumo de determinadas drogas causa daño al individuo y a la sociedad y por eso tiene que ser cohibido, perseguido y/o castigado. Por estas características, en muchas oportunidades se

renombra al modelo, denominándolo jurídico-represivo, ya que todo se centra en la asociación que se realiza entre el que consume y lo criminal y porque las estrategias de abordaje están basadas en el control y castigo, siendo el eje del paradigma “abstencionista o prohibicionista”:

[...] se le asigna una importancia decisiva a las drogas si son inocuas o peligrosas [...] el fin primordial consiste en conseguir que las drogas queden fuera del alcance de la gente [...] la droga es el agente activo y el individuo la víctima no informada, no predispuesta o extraviada que hay que proteger mediante medidas legislativas [...] las principales formas de disuasión son: el control de las drogas disponibles, el aumento de su costo, el castigo o la amenaza de castigo y la divulgación de los grandes daños físicos, psicológicos y sociales[...] (Nowlis, pág. 13)

Si la droga es pensada como sujeto, como elemento activo, como veneno para el alma, un flagelo, un placer prohibido, no importan sus cualidades farmacológicas, sino que se las agrupa en estupefacientes y psicotrópicos, siguiendo la clasificación y la legislación internacional, en legales o ilegales, responsabilizando a estas últimas por el problema de la droga en general.

Recordando el triángulo epidemiológico pensado por Graciela Touzé para analizar el problema del consumo problemático de drogas, el contexto está encarnado en la norma, las normas compartidas, y donde lo social se subsume a lo normativo y delimita claramente el ámbito de los “normales” y los desviados”. El modelo se sostiene desde una ética de valores absolutos: lo legal-ilegal; lo normal-anormal; lo bueno-malo, valores que son incuestionables.

La prevención se orienta directamente a evitar el consumo de drogas prohibidas. Con esta intención, los mensajes se centran en la información acerca de las sanciones, jurídicas o morales o ambas, apostando a la amenaza de la sanción para incentivar el alejamiento de las drogas.

La pérdida de libertad, ya sea en sentido estricto, por encarcelamiento o en sentido amplio, por la esclavitud a la que reduce la droga son las consecuencias que presentan como el final del camino para aquel que consume. La prevención se asimila al

control y el discurso preventivo enfatiza que el uso de drogas es ilegal y moralmente malo.

Actualmente, teniendo en cuenta los avances en el desarrollo del conocimiento sobre determinantes y motivaciones involucradas en el uso de las sustancias psicoactivas, este modelo pierde fuerza, pero continúa siendo el sustento para la instalación de medidas coercitivas -tanto legales como de tratamiento- y para mantener los prejuicios sobre el usuario de drogas y el uso de drogas, así como para instalar actitudes negativas y estigmatizantes frente a estas personas (Touzé & Goltzman, 2007)

Modelo Médico Sanitario

Este modelo surge como una alternativa al anterior, donde las drogas, las personas y el contexto se transforman, como en el modelo de las enfermedades infecciosas, en agente, huésped y ambiente. "Aunque la diferencia entre estos dos modelos pueda parecer sutil, tiene una influencia importante en las medidas que se van a recomendar. Un agente por definición es activo, y en este modelo, la droga, como agente asume al igual que el modelo anterior, el papel principal del trío". (Nowlis, 1982, pág. 14)

El cambio entre uno y otro es que de la lógica punitiva se pasa a la lógica de "enfermedad" y es la medicina la encargada de dar respuesta al problema, ya que las personas que consumen no son responsables de su consumo, pasan de ser considerados viciosos a pacientes, por lo que en vez de medidas punitivas ofrecen tratamiento para la enfermedad.

Graciela Touzé, citada por (Kornblit, Camarotti, & Di Leo, 2010), explica la medicalización de la vida, fue el origen de que el consumo de sustancias fuera, junto con otros, considerado problema para la medicina, unido al auge de las sociedades industrializadas y consumistas. Además, la hegemonía de un modelo médico de tratar la enfermedad, juntos, convirtieron a la drogadependencia en un objeto de trabajo del campo médico.

El usuario es considerado enfermo y la droga es un virus, es una epidemia o una plaga que como agente activo se introduce en la persona (huésped) en contextos favorables enfermándola.

La peligrosidad de las sustancias en relación a su capacidad para desarrollar dependencia permitió la clasificación entre drogas duras y blandas, más especialmente asociadas a su uso con o sin prescripción médica. Por no reconocerlas como legales o ilegales, incluyó a sustancias tales como el tabaco y la cafeína, al igual que el alcohol, que podían desencadenar dependencia.

Las nociones de vulnerabilidad y de población en riesgo son propias de este modelo con un enfoque centrado en las características y comportamientos individuales, donde niños y jóvenes son los grupos vulnerables por su propia condición, ya que los se encuentran indefensos frente a la amenaza de las drogas. El contexto, de este modo, podría aumentar la vulnerabilidad en términos de la oferta disponible. (Touzé & Goltzman, 2007).

Se incorpora en estos modelos la variable de la personalidad como un factor importante para la instalación y mantenimiento de la drogadependencia.

Básicamente, los modelos biológicos para pensar la problemática, en la actualidad, se están unificando bajo los nuevos conocimientos derivados de los estudios de las neurociencias, particularmente de la genética. Caracterizan el comportamiento adictivo a las sustancias psicoactivas, como un trastorno progresivo e incurable cuyo origen es primariamente genético y biológico, por lo que el supuesto para su tratamiento está en la abstinencia de la droga, y cuando sea necesario, la eliminación del agente nocivo mediante la desintoxicación o deshabituación.

Modelo Psicosocial

Este modelo "tiende a asignar al papel del individuo como agente activo en la formulación del trío droga-individuo-contexto. El uso de drogas y su consumidor, y no las

sustancias farmacológicas, son el factor dinámico y complejo en que deben centrarse las intervenciones". (Nowlis, 1982, pág. 15)

El interés se centra en el tipo de vínculo que una persona establece con la sustancia, cualquiera sea, distinguiendo entre consumo ocasional, esporádico o reiterado, compulsivo, ya que interesa cómo hace el consumo más que qué consume. La referencia a la etimología de adicto, como esclavo es propio de este discurso.

En los últimos tiempos existe un direccionamiento de los postulados originados desde la psicología hacia vertientes sociológicas, aunque todavía se concentran en los factores personales, cuanto mucho se extienden a determinantes del contexto próximo, relaciones parentales o cercanas. El contexto es una variable interviniente en la conformación de actitudes y comportamientos. Aquí el contexto es considerado en una dimensión microsocial, remitiendo a grupos de pertenencia y referencia, con especial énfasis en la familia y grupos de pares. (Touzé & Goltzman, 2007)

Este modelo introduce la categoría de síntomas para considerar la drogadependencia. Señala una patología de base en el sujeto y su contexto inmediato que se pone en evidencia a través del consumo de drogas. Para este enfoque, el adicto es un enfermo, pero la adicción no es en sí misma una enfermedad, sino la manifestación de un malestar psíquico. Por eso, este modelo sostiene que para evitar el uso de drogas, es necesario intervenir en la formación de actitudes y comportamientos.

Se plantea la noción de prevención inespecífica, que desarrolla acciones tendientes a promover las actitudes de autocuidado y al mejoramiento de las relaciones interpersonales. La transmisión de información no es la tarea principal dentro de las intervenciones, sino disminuir las situaciones de conflicto individual y grupal, cuestión que disminuirá también la demanda de drogas, conjuntamente con otras problemáticas relacionadas como la violencia, el fracaso escolar, entre otras. Las intervenciones terapéuticas buscan la eliminación del consumo y el tratamiento de las situaciones que

podrían ser las causales del problema (en el propio sujeto o en su entorno familiar) y donde el consumo es solo un emergente. (pág. 65)

Se basan en las teorías del aprendizaje, siendo el conductismo el que ha ofrecido más explicaciones para sostener estos modelos. En este sentido, surgen algunos postulados como el condicionamiento operante, donde el consumo sería reforzado cuando la persona experimenta una mejoría en su funcionamiento social por la desinhibición provocada por las drogas; el aprendizaje social, a través de imitar el comportamiento de figuras importantes; la adaptación sustitutiva, donde se utiliza la droga para reemplazar los recursos personales o contextuales, considerados ineficaces para resolver problemas, y porque siente que su capacidad de enfrentamiento y su desempeño se amplían bajo el efecto de las sustancias.

De la Psicología Social se derivaron postulados que señalaron que la personalidad y el entorno adquieren un rol protagónico, ya que es el modo como la persona interpreta la experiencia de consumo y los efectos de la droga, su impacto en la esfera fisiológica y emocional, como hechos relevantes para la determinación de una drogadependencia. (Villar Luis M. A., 2005)

Modelo sociocultural

El eje del modelo se sitúa en el contexto, siendo en el medio social donde se deben buscar las causales del uso de drogas. En este caso, el análisis se efectúa desde una dimensión macrosocial. El modelo toma en cuenta las características de la estructura social, señala los rasgos de la sociedad contemporánea y define como determinantes a los factores culturales y socioeconómicos. Considera que la presión de estos factores sobre los individuos es lo que conduce al consumo de las drogas (Touzé & Goltzman, 2007).

Las drogas cobran su sentido e importancia no tanto por sus propiedades farmacológicas, sino como una sociedad dada su uso y a sus consumidores y cómo reacciona ante ellos. El consumo de drogas socialmente proscriptas es considerado en primer lugar como una conducta irregular que debe considerarse paralelamente

a otros comportamientos irregulares, y que de ser excesivos pueden tener un efecto destructivo. [...] El daño puede ocurrirle [a la persona] por su propio comportamiento o por una reacción de la sociedad ante él. [...] tal comportamiento varía necesariamente según las culturas o sub culturas. (Nowlis, 1982, págs. 16-17)

Ninguna intervención en la problemática puede hacerse sin tener en cuenta la estructura socioeconómica y los aspectos culturales que constituyen el contexto social de los consumidores de drogas. También se considera al uso de drogas como síntoma, pero no ya en términos psicopatológicos, sino social, como manifestación de las disfunciones del sistema.

El consumo de drogas comienza a asociarse especialmente con poblaciones marginales y la noción de riesgo se desplaza de los niños y adolescentes a los sectores sociales excluidos. Encara la prevención dando información respecto de las causas: pobreza, industrialización, desempleo, entre otras y mediante acciones de mejoramiento de las condiciones de vida. El supuesto preventivo es que si se disminuyen las situaciones de conflicto y desigualdad social, disminuirá la demanda de drogas. La droga no se reprime con la policía, sino que se previene con justicia social. (Touzé & Goltzman, 2007)

Margarita Villar Luis (2005) describe que en el presente escenario social, cada vez se toma más conciencia de que los patrones y modelos de conducción de vida, impuestos a lo largo de la historia, han venido cambiando drásticamente hasta que, en el momento actual, se oscila entre el vacío y el desafío de la redefinición. Se vive la indeterminación de la persona, no existen más las estructuras predeterminadas donde antes se insertaba y hay una ausencia de destino, mínimamente conocido. Se vive la enorme distancia entre la expectativa y la experiencia: la primera imbuida de contingencias y la segunda la dura realidad, o sea la limitación efectiva de las posibilidades del individuo. Esa discrepancia, es una fuente constante de insatisfacción y descontento:

[...] surge el concepto de hombre como boca de consumo de mercancías, en la lógica de la sociedad capitalista. Pensando la relación sujeto con la droga en esa misma lógica, se produce el consumo de la mercadería droga, por una búsqueda

desenfrenada de goce que le evita experimentar el sufrimiento existencial. (pág. 11)

Reconocer que con la resolución de la desigualdad social, disminuirá la demanda de drogas coloca a este modelo en un lugar de asociación inevitable entre pobreza y consumo de drogas, lo que puede llevar a estigmatizar aún más a los sectores de menos. (Kornblit, Camarotti, & Di Leo, 2010)

Modelo de la reducción de daño [RD]

El enfoque de reducción de daños y riesgos parte de la idea de que las personas en alguna oportunidad van a probar algún tipo de droga, más allá de los esfuerzos realizados para que esto no suceda, por lo que hay que evitar los efectos del consumo más que el consumo en sí mismo. (Gaudina, 2007)

Tiene sus raíces en el pragmatismo y se entrelaza con el abordaje de salud pública, ofreciéndose como alternativa práctica al modelo médico sanitario y ético-jurídico. Se trata de un modelo fundamentado en los derechos de los sujetos a autogobernarse, en el respeto a la posibilidad que cada uno tiene de elegir, con cierto conocimiento, lo que quiere hacer. Desvía la atención del uso mismo de la droga hacia las consecuencias o efectos del comportamiento adictivo, evaluados en términos de prejuicios o beneficios para el usuario y la sociedad, acepta el hecho concreto de que muchas personas usan drogas y presentan otros comportamientos de alto riesgo.

Surge en Inglaterra, Merseyside, a fines de 1980 en respuesta a dos situaciones: la propagación de la infección por [VIH] entre usuarios de drogas inyectables y la sospecha de que las políticas utilizadas hasta ese momento no habían logrado enfrentar los daños asociados al consumo.

Otra definición podría ser:

La reducción de daños es una política de prevención de los problemas relacionados con las drogas. Es una política social que tiene como objetivo prioritario disminuir los efectos negativos producto del uso de sustancias, tanto entre los usuarios de drogas como en la población en general. (Intercambios Asociación Civil, 2012)

A través de la reducción de daños se promueve el consumo de menos riesgo, el sexo más seguro, facilitar el acceso a cuidados mínimos, reemplazar el uso de sustancias adquiridas en el mercado ilegal por sustancias prescritas y promover el trabajo entre pares y la autoorganización. (Intercambios Asociación Civil, 2012)

En Latinoamérica, existen evidencias de los fracasos de las políticas públicas en el área: los altos índices de problemáticas sociales y de salud en los usuarios de drogas, la alta incidencia del [HIV-SIDA] en usuarios de drogas por vía endovenosa particularmente en los países del cono Sur y la baja adhesión en general de los sujetos usuarios de drogas a programas asistenciales basados en la abstinencia y a instituciones llamadas de alto nivel de exigencia. (Inchaurreaga, 2004)

En este modelo, no se pregonan la abstinencia del uso, ello puede ocurrir, pero sí la disminución del consumo o el cambio de consumo de una droga por otra droga de efectos y consecuencias menos dañinas. No procura reemplazar los servicios dirigidos a la abstinencia, sino que son un complemento indispensable.

Como estrategias de intervención formulan:

[...]acciones orientadas a promover el consumo de menor riesgo, dirigidas a proporcionar educación sanitaria, actuando en entornos próximos a los lugares de consumo; acciones orientadas a brindar cuidados mínimos, ofreciendo servicios de ayuda social y sanitaria de base, adaptados a los estilos de vida de los usuarios y facilitan el acceso a la red socio- sanitaria; acciones orientadas a reemplazar el uso de sustancias adquiridas en el mercado ilegal por sustancias prescritas (incluyen los programas de mantenimiento con metadona, o los programas de entrega de heroína controlada); y acciones orientadas a promover el trabajo entre pares y la autoorganización de los usuarios de drogas, que propician el protagonismo de los propios usuarios como agentes de prevención y por la defensa de los derechos ciudadanos (Touzé & Goltzman, págs. 68-69)

Modelo Geopolítico estructural

Este modelo pretende superar la visión de los otros modelos, que se considera parcializada, insuficiente e individualista: el jurídico que criminaliza el problema, el médico que lo medicaliza, el psicosocial que psicologiza y el sociocultural que lo estigmatiza en las clases subordinadas. Redimensiona el problema de las drogas como

fenómeno global y social, incluyendo al individuo y la familia, la comunidad y la sociedad con sus causas económicas, sociales, políticas, culturales, bélicas, de salud, diplomáticas, etc., con una visión integral y sistemática del fenómeno global del tráfico (comercio) y consumo de drogas. Presenta una concepción de la realidad entendida como un todo estructurado, donde las relaciones sociales responden a momentos y procesos históricamente determinados que se expresan por manifestaciones diversas (Sánchez, 2005)

Al romper con una perspectiva parcializada del fenómeno, exige la participación de las diferentes disciplinas sociales para combatirlo, y trata de integrar a todos los sectores sociales en un pacto de convergencia dirigido a la participación y el compromiso frente a un problema de hondas raíces sociales que afecta a toda la población

Un punto de partida del modelo fue el entender la ineficacia de las formas de enfrentar el problema con los modelos traídos de Estados Unidos sin tener en cuenta las características particulares de las sociedades latinoamericanas. Considera que el consumo y el narcotráfico mantienen el subdesarrollo y propicia la dependencia en esos países

El consumo y el tráfico más allá de ser un problema de Salud Pública es un problema de seguridad nacional porque implican corrupción y dependencia. La oferta (tráfico) y demanda (consumo) aparecen asociadas: donde el tráfico es una industria ilícita transnacional, donde las drogas son entendidas como mercancía, haciendo referencia a su valor de cambio.

El consumidor aparece como un actor importante dentro de este esquema y también un problema social ya que participa en la mantención de la interacción entre la mercancía y el tráfico. (Kornblit, Camarotti, & Di Leo, 2010).

El abordaje entonces se plantea en estos términos:

La intervención está organizada como inter y multidisciplinar, inter y multisectorial e interinstitucional. Un abordaje global por encima de las tradicionales medidas represivas y sanitarias, promoviendo un abordaje que aúne recursos e iniciativas que vayan más allá de los síntomas, redimensionando lo que tiene de fenómeno social (en lo económico,

político, existencial, sanitario, sanitario, cultural), dentro de una visión estructural del sistema. (Sánchez, 2005)

II - 6 - Representaciones Sociales [RS] y el problema drogas

En este trabajo se recurrió a la noción de representaciones sociales [RS] en tanto su carácter integrador y condensatorio de un conjunto de significados y de referencias para acceder a lo que sucede en la vida social concreta. El desafío de lograr comprender conceptos y prácticas de los profesionales enfermeros, desde una mirada cualitativa, en el contexto de la atención a los usuarios de sustancias psicoactivas se constituyó en la motivación primordial para seleccionar esta referencia teórica como sustento del trabajo de campo.

Se consideró que esta noción podía ser útil a la hora de clasificar el fenómeno bajo estudio y sus circunstancias ya que como categoría se refiere a la vida subjetiva de las personas y es producto constituido o constituyente del proceso que le da lugar. (Gutierrez Alberoni, Julio-Agosto 1998)

Irene Vasilachis ejemplifica la fuerza de las representaciones sociales, cuando aborda el tema en "Pobres, pobreza, identidad y representaciones sociales":

[...] los discursos de los medios de comunicación sobre la temática, generan un proceso cognitivo en el lector que lo incorpora a su acervo de conocimientos, del que forman parte, conceptos, modelos, categorías a las que ese lector apela para identificar, primero a los sujetos y sus relaciones, los conocimientos, los procesos históricos y sociales para comprenderlos y en consecuencia generar su futura acción y actitud respecto de esos sujetos. (Vasilachis De Gialdino, 2003)

El concepto de representación social es relativamente nuevo en el campo de las Ciencias Sociales ya que las primeras referencias fueron hechas por Serge Moscovici en 1961, reconociendo que la complejidad de este fenómeno es tal que afirma "[...] si bien es fácil captar la realidad de las representaciones sociales, no es nada fácil captar el concepto". (Jodelet, 1986)

Denise Jodelet citada por (Alfonso Perez, 2007) establece una definición general, señalando que el concepto de representación social designa una forma de conocimiento

específico, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social. Luego Jodelet incorpora nuevos elementos a esa definición como que son imágenes condensadas de un conjunto de significados; sistemas de referencia que permiten interpretar lo que les sucede a las personas, e incluso, dan un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes se tiene algo que ver, son formas de conocimiento práctico que forjan las evidencias de la realidad.

En base a lo anterior, se puede inferir que las [RS] se configuran a partir de un fondo cultural que circula en la sociedad y que proporciona las categorías básicas a partir de las cuales se constituyen, las cuales provienen de fuentes de determinación que incluyen condiciones económicas, sociales, históricas y el sistema de creencias y valores de una sociedad dada.

Aunque se definen por su contenido (informaciones, imágenes, opiniones, actitudes, etc.) a la vez, dicho contenido se relaciona con un fin, por ejemplo, un trabajo a realizar o alguna otra cuestión enlazada con el pensamiento de tipo práctico. Los medios de comunicación social, permiten que esas [RS] contribuyan a construir efectivamente la realidad social, y no solo incidir en la visión de los hombres sobre esa realidad social, porque la [RS] es una relación entre los sujetos, es la representación que se forma un sujeto de otro sujeto u otro objeto, pero no es solo un duplicado de lo real o de lo ideal ni tampoco la parte objetiva del sujeto, ni la parte subjetivo del objeto: solo es una relación del hombre con los demás hombres y las cosas. Uno de los preceptos fundamentales de una [RS] es "la transformación de lo no familiar en familiar". (Pereira de Sa, 1993)

Se selecciona esta referencia teórica ya que se está reflexionando con, discutiendo con profesionales de la salud acerca de personas con uso de drogas (concepto polisémico si los hay, con usos variados si los hay), con políticas bajo distintos

paradigmas según culturas, siglos, épocas, países; configurado o no como problema según la sociedad y contexto y con prácticas de salud de prevención de control, de represión, de tratamiento, de aislamiento, según el paradigma que dé lectura al fenómeno.

Si se recapitula en torno al recorrido histórico del uso de las drogas y a esta cuestión en la actualidad, se puede pensar en cómo cada sujeto singular trae consigo la memoria de la humanidad, las creencias, los valores, las normas, las tradiciones. Ante un cambio o modificación de sus condiciones de vida, del contexto macro socioeconómico en que está inserto aparecerán reelaboraciones, conceptualizaciones diferentes respecto de los objetos sociales que hasta ese momento le eran cotidianos y así, la droga pasará de ser un vehículo hacia lo sagrado, a un agente que produce enfermedad en las naciones. Reconocer un fenómeno desconocido hasta ese momento (no familiar), se hace relevante, no por sus cualidades sino por cómo se relaciona con ese objeto, haciéndolo asequible, manejable y originando una [RS].

El lenguaje es el vehículo por excelencia de la comunicación, en sus diversos niveles y formas, y es determinante en la conformación de las [RS], así como también las condiciones históricas, económicas e ideológicas en que surgen, se desarrollan y desenvuelven los grupos y objetos de las mismas.

Las personas, a través de un cuerpo organizado de conocimientos y actividades subjetivas, comprenden la realidad tanto física como social, se relacionan con otros, intercambian, pueden imaginar y crear “[...] en otros términos, es el conocimiento de sentido común que tiene como objetivos, comunicar y sentirse dentro de un ambiente social y que se origina en el intercambio de comunicaciones del grupo social” (Moscovici, 1979, pág. 17)

En la conformación de la [RS], adquieren relevancia las instituciones u organizaciones con las que interactúan los sujetos y los grupos, así como la inserción social de los individuos, en términos de pertenencia a determinados grupos y las

prácticas sociales, mediante las que producen y reproducen su cotidianidad. La comunicación social a través de los medios de comunicación masivo y/o interpersonal (en las conversaciones cotidianas) se transmitirá lo nuevo, lo que se está construyendo, es decir, circularán conocimientos pero también valores e informaciones que aportaran todo aquello que pueda ser determinante en la estructuración de las [RS]. Es en el curso de estas interacciones comunicativas donde se configura el llamado "trasfondo comunicacional", que sirve de escenario permanente a las representaciones y deviene en fuente inagotable de contenidos para las mismas. (Perera Pérez, 2000, pág. 20)

Para que se conforme un objeto social o hecho social como objeto de la representación, tiene que aparecer en los discursos de la vida cotidiana, en los medios de comunicación e implica hacer referencia a valores.

La constitución de las [RS] responde a mecanismos internos, que ya habían sido explicados por Serge Moscovici, en 1985, al estudiar la penetración del psicoanálisis en la sociedad: esos dos mecanismos son la objetivación y el anclaje. A la objetivación, se le asigna el papel de una operación formadora de imagen y estructurante, ya que es la que capta la mayor cantidad posible de significados que circulan en tejido social para concretarlo en el entendimiento de los grupos sociales. Por su parte, el anclaje puede explicarse como la forma en que [RS] se adhieren al sistema de pensamiento de un grupo específico, pero no se inscriben sobre una hoja en blanco, sino que suceden cuando encuentran referentes de pensamientos latentes o muy manifiestos en el grupo que da origen a las nuevas representaciones. Esta forma de adhesión es el elemento esencial en el proceso constitutivo de las representaciones, ya que se observan y a la vez se entienden los lazos con una forma cultural o social determinada del grupo.

Los procesos que incluye la objetivación son:

[...] Construcción selectiva o etapa de selección y descontextualización de los elementos de la teoría. En esta etapa las informaciones son separadas del campo científico al que pertenecen y son apropiadas por el público que las proyectan como hechos de su propio universo, logrando así "dominarlas".

[...] Conformación del núcleo central o generativo o esquematización estructurante cuya función es la de producir significado a través del cual los distintos componentes de una [RS] adquieren o transforman a la misma. [...] Define la característica homogénea y consensual del significado compartido sin la cual la [RS] no tendría fuerza de acción.

[...] La naturalización donde se coordinan cada uno de los elementos del pensamiento que se convierten en elementos de la realidad, referentes del concepto en cuestión [...] se olvida el carácter artificial y simbólico del núcleo figurativo y se le atribuye existencia fáctica [...] aquello de lo que se puede hablar existe efectivamente. (Lacolla, 2005, pág. 5)

Toda representación constituye una unidad funcional estructurada y en cuanto a su contenido está integrada por otras formaciones subjetivas: opiniones, actitudes, creencias, informaciones y conocimientos. Si bien estas formaciones subjetivas pueden parecerse a la representación, están contenidas de modo particular en la estructura de la representación y las trasciende en una formación más compleja.

(Alfonso Perez, 2007)

Como componentes fundamentales se consideran la actitud hacia el objeto, la información sobre ese objeto y el campo de representación donde se organizan jerárquicamente una serie de contenidos.

Desde el punto de vista de la génesis, la actitud es la primera dimensión de una representación: se reconoce algo y luego se toma posición hacia ese algo. Es el elemento afectivo de la [RS], manifestada por la disposición más o menos favorable que tiene la persona hacia el objeto de la representación, orienta dinámicamente el comportamiento hacia el objeto, atribuyéndole reacciones emocionales de diversa intensidad y dirección, diferenciándose por la interpretación de los datos más que en los instrumentos que son utilizados, pues las técnicas son muy similares.

Moscovici, citado por (Alfonso Perez, 2007) define que:

[...] la actitud implica un estímulo ya constituido, presente en la realidad social a la que se reacciona con determinada disposición interna, mientras que la representación social se sitúa en ambos polos: constituye el estímulo y determina la respuesta que se da. [...] (pág. 6)

Como otro elemento de la [RS] se encuentra la información que hace referencia a

la dimensión de los conocimientos en torno al objeto de la representación, siendo su cantidad y calidad variada. Esto parecería que se relaciona, entre otros factores, con la inserción social y la pertenencia al grupo, ya que siempre el acceso a la información está mediatizado por esas variables; también la cercanía o distancia de los grupos respecto al objeto de la representación y las prácticas que sociablemente se realizan en torno a este.

También hacen al contenido de la [RS] el campo de representación, referido al orden que toman los contenidos representacionales, y que se organiza en torno al núcleo central o figurativo, la parte más estable y sólida, construida por significados que organizan los demás componentes.

Por lo tanto, conocer las [RS] implica determinar qué se sabe (información), qué se cree, cómo se interpreta o campo de representación y qué se hace o cómo se actúan (las actitudes).

Las funciones de las [RS] han sido expuestas por varios autores, entre ellos Jean Claude Abric, que citado por (Perera Pérez, 2000) realiza una sistematización del tema reconociendo cuatro funciones básicas de las [RS] para la práctica social:

De conocimiento: permite comprender y explicar la realidad. [...] adquirir nuevos conocimientos e integrarlos, de modo asimilable y comprensible, coherente con sus esquemas cognitivos y valores. [...] facilitan y son condición necesaria para la comunicación. Definen el cuadro de referencias comunes que permiten el intercambio social, la transmisión y difusión del conocimiento.[...]

Identitaria: participan en la definición de la identidad y permiten salvaguardar la especificidad de los grupos. Sitúan además, a los individuos y los grupos en el contexto social, permitiendo la elaboración de una identidad social y personal gratificante, compatible con el sistema de normas y valores social e históricamente determinados [...]

Orientación: guían los comportamientos y las prácticas, [...] Intervienen en la definición de la finalidad de una situación, determinando a priori, el tipo de relaciones apropiadas para el sujeto. [...] producen un sistema de anticipaciones y expectativas, constituyendo una acción sobre la realidad. [...] posibilitan la selección y filtraje de informaciones y la interpretación de la realidad [...] define lo que es lícito y tolerable en un contexto social dado

Justificatoria: permiten justificar un comportamiento o toma de posición, explicar una acción o conducta asumida por los participantes de una situación (págs. 18-19)

La construcción del uso de drogas como problema social, intenta eliminar la complejidad del hecho para naturalizarla y circunscribirla a una interpretación psiquiátrica, penal y jurídica. Esta práctica que ha ido modificando su significado: hoy en la Argentina, se la concibe como una práctica delictiva o patológica, teniendo como sustento la Ley Nº 23.737, (Ministerio de Salud de la Nación, Presidencia de la Nación, 1989) que regula la tenencia y penaliza el consumo convirtiéndolo en ilegal, con condenas de reclusión y/u obligación de someterse a tratamientos médicos.

Desde principios del siglo pasado el discurso clave en relación al consumo de sustancias psicoactivas fue el de la prohibición, dando lugar a prácticas de salud que se organizan en torno a los conceptos de lo normal versus lo patológico; prácticas jurídicas, donde todo gira alrededor de las categorías delincuente-narcotráfico-orden público.

Todas estas prácticas cargadas de un determinado significado, se llevan a cabo en una realidad concreta, circulan por el tejido social y van objetivando el hecho del consumo, logrando anclar en el pensamiento social, con la impronta de lo propio o impropio, lo sano o insano, lo aceptable o no. (Abonizio M. , 2008).

En esta dirección, se entiende al uso de drogas como:

El fenómeno que es la incorporación al organismo humano de unas sustancias químicas, con unas características farmacológicas que actúan sobre todo a nivel psicotrópico, pero cuyas funciones, consecuencias, efectos y significados son el producto de las definiciones sociales, culturales, económicas y políticas que las diferentes formaciones sociales (grupos, colectivos e individuos) elaboran, negocian o disputan en el marco histórico en el que sitúan sus prácticas (Romaní, 2008, pág. 302)

Las representaciones que se construyen sobre el uso y el usuario de las drogas también determinan la tolerancia social, involucrando comportamientos de indulgencia hacia el uso de determinadas sustancias, por ejemplo alcohol, tabaco e incluso los psicofármacos, pero sancionando duramente el consumo de otras. Estas cuestiones y los discursos sobre las consecuencias de las drogas ilegales generan sensibilidad que repercuten en los distintos campos de la sociedad.

Desde esta aproximación conceptual que alude al mundo simbólico, se intentó reconocer cómo las [RS] guían las prácticas de los profesionales enfermeros que se desempeñaban en la atención de los usuarios de sustancias psicoactivas, en los Servicios de Guardia seleccionados como contexto de la investigación, durante el trabajo de campo.

CAPÍTULO III

III- INTRODUCCIÓN ALA PROBLEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN

III - 1 - Los Servicios de Salud en la Municipalidad de Rosario

Los servicios de salud que tiene la ciudad se inscriben dentro de una gestión de la Municipalidad de Rosario conducida por un gobierno de orientación socialista, desde 1989 hasta la fecha.

La política en salud generada a partir de los años 90, expresa las ideas que venían discutiéndose, largamente, en particular en el ámbito de la Asociación Médica de Rosario, cuyo principio rector era el derecho universal a la salud contando con el Estado como garante. Desde ese momento, la gestión de salud abandona la idea de la planificación normativa, poniendo en marcha ejes de gestión o líneas de acción que fueron los canales por los cuales iban a transitar y generar acciones concretas.

Los principios orientadores de las políticas sanitarias respondían a una orientación filosófica: “fortalecer las redes de solidaridad espontánea; respetar las formas de organización, las respuestas que la propia comunidad ha elegido históricamente para resolver sus problemas y reconocer sus saberes”. (Cappiello & Paradiso, 2003, pág. 11)

Asimismo, sostenían que la atención de la salud debía realizarse en forma integral incluyendo todas sus dimensiones y no solo la biológica: partían de una concepción de salud más amplia que superaba los determinantes biológicos e individuales. Buscaban que las acciones estuvieran dirigidas a los grupos, familias y comunidad más que a individuos aislados y que la salud debía relacionarse con la cultura de los grupos y con la libertad de elección.

Paralelamente, reconocieron otro principio que les permitió dar un salto cualitativo: fortalecer el poder de los grupos y las comunidades en la toma de decisiones con la idea del empoderamiento como clave en relación con los equipos de salud.

Mario Rovere escribe que al comienzo de la década del 90, la situación era poco propicia para la salud pública, había reformas estructurales propuestas con inusual

dureza y una abundante oferta de créditos blandos por parte de los organismos internacionales de crédito a determinados países. Argentina y su gobierno nacional estaban alineados con Estados Unidos, dispuestos a aplicar todas las políticas de ajuste prescriptas para la época. La crisis de la hiperinflación, que años antes tuvo a Rosario como uno de los escenarios más intensos, otorgaba una legitimidad a esos primeros años del gobierno nacional, que luego se reafirmaría al cortarse drásticamente una historia inflacionaria de más de 30 años. (Rovere M. , 2004)

En ese contexto, Rosario, desde el inicio de la gestión del Partido Socialista Popular, mostró una orientación diferente: la salud pública se constituía en uno de los ejes centrales de la gestión y así lo que podría suponerse -en otros tiempos- una decisión razonable, adquiriría el carácter de un desafío para la época

Comenzó la planificación y la ejecución del proyecto de salud, pensados desde la base del sistema, haciendo hincapié en los barrios y las demandas de la comunidad. Se priorizaron las intervenciones de salud en el primer nivel de atención a través de los Centros de Salud [CAPs] en los espacios más cercanos a la comunidad. Fortalecido ese primer nivel, también lo hicieron con los hospitales de mediana y alta complejidad, conformando una Red de Servicios, en donde los hospitales fueron los puntos de concentración de recursos para brindar la atención a las derivaciones de los demás centros.

En las acciones dirigidas a la promoción de la salud consideraban que debían participar todos los sectores y no solo salud, con lo que se evidenciaba la dimensión social de la propuesta: se tendía a priorizar la promoción y la prevención; el tratamiento debía ser oportuno y en el lugar del sistema en donde el ciudadano tenía mayor accesibilidad o donde existían vías de derivación adecuadas a otros efectores. La rehabilitación de las personas que han sufrido algún padecimiento debía propender a la integración social más plena, intentando reducir los riesgos y las consecuencias de una discapacidad. Los niveles de mediana complejidad y de alta complejidad se debían

relacionar con el primer nivel y la comunidad, como espacio de interconsulta, asegurando la continuidad de la atención, estableciendo un vínculo más fluido en la circulación de la información y de los ciudadanos. (Cappiello & Paradiso, 2003)

Estos principios orientadores tuvieron su primer nivel de concreción en los ejes de gestión que fueron anunciados al asumir el Dr. Hermes Binner a la conducción de la Secretaría de Salud Pública en 1995:

Gestión participativa, por parte de los trabajadores y de la comunidad; descentralización, atención primaria de la salud, recuperación de la capacidad instalada en los efectores; capacitación de los equipos humanos, incluso con miembros de la comunidad incorporados en muchas de las actividades; promoción y protección de la salud, integración y articulación entre los diferentes niveles y efectores para facilitar la movilidad de los ciudadanos por todos los puntos del sistema; investigación y epidemiología como herramientas. (pág. 15)

Débora Ferrandini, médica generalista, quien fuera un importante recurso en la gestión de este proyecto, tanto a nivel municipal como provincial, reconocía que había una direccionalidad y no un modelo en esa forma de gestionar la salud. Fundamentaba este concepto al reconocer que se establecía una nueva dirección de la práctica, un reordenamiento del proceso de trabajo, que implicaba un cambio en la constitución subjetiva de quienes la sostenían:

Esa dirección o direccionalidad tiene tres líneas ejes: equidad (igual utilización de servicios a igual necesidad); clínica contextualizante (privilegiar el ámbito domiciliario ambulatorio y considerar a los sujetos en su historia y contexto, promoviendo su autonomía) y participación comunitaria (construcción colectiva del conocimiento epidemiológico) (Ferrandini D. , 2003)

Estas directrices imponían una gestión descentralizada, que planteaba el desafío de definir el espacio de autonomía de los equipos locales, proceso que llevó mucho tiempo para evitar que se convirtiera en una anarquía corporativa, y que contó con una coordinación cuya función se caracterizaba por sostener las directrices y asegurar que todo lo que se hacía transcurriera en ese marco.

El Sistema de Salud fue concebido -y así se sostiene actualmente- como una Red, donde el Centro de Salud es el eje del propio Sistema. Se constituyen los equipos de

referencia conformados por un médico clínico, pediatra o generalista y un enfermero, con una población a cargo.

El equipo de referencia, se distingue del médico de cabecera ya que no es el sujeto enfermo e internado el objetivo de la atención, sino que es el sujeto ambulatorio y su autonomía como persona. Alrededor de 2001, se instala el Proyecto de Adscripción de Pacientes para intentar mejorar la accesibilidad y la eficacia de las prestaciones de salud: esta propuesta tiene como antecedentes la reforma sanitaria de Brasil. Se reconoce la universalidad, la integralidad y la equidad como ejes estructurantes, instituyendo nuevos patrones de relación con ciudadano, tratando de potenciar el papel terapéutico del vínculo, trabajado en función de producir autonomía y responsabilidad tanto en los terapeutas como en el sujeto asistido. (Ferrandini D. , 2004)

Estos equipos garantizaban el vínculo longitudinal con los otros niveles de atención, caracterizándose los equipos de gestión local en cada Centro como abiertos a todos los profesionales que quisieran involucrarse. También se podía relevar equipos de gestión a nivel de cada Distrito. Se formaron grupos promotores de asambleas con la comunidad, de espacios de programación local y nivel distrital y un espacio distrital de red.

La Organización Panamericana de la Salud [OPS] y la Organización Mundial de la Salud [OMS] definen a las redes de servicios de salud “como la gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios curativos y preventivos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles de atención de salud”. (Oficina Panamericana de la Salud [OPS], 2010)

La construcción de redes en la Salud Pública fue una decisión estratégica y un eje articulador que actualmente impregna todo el sistema. Se basa en la descentración del gran establecimiento hospitalario hacia los pequeños centros y de estos, a la comunidad. La capacidad resolutoria de la red se traslada a todos sus efectores, modificándose la

relación con las formas propias que la comunidad establece para crear lazos solidarios. Todas estas cuestiones se reflejan tanto en el nivel de los centros de salud, como en los hospitales generales, los hospitales especializados, el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario [CEMAR] y, fundamentalmente, en las interrelaciones institucionales y personales. Otras dinámicas que se complementaron con un alto impacto sobre la salud, fueron el Presupuesto Participativo, los Centros Crecer,¹ el Programa Rosario Hábitat, y el Tríptico de la Infancia (Rovere M. , 2004)

Al realizar el trabajo de campo, la Red de Servicios de Salud Municipal estaba conformada por tres niveles de atención: el Primer nivel o de mayor resolutivez integrada por los [CAPs] distribuidos así: en el Distrito Norte 8 (ocho); Distrito Noroeste 11 (once); Distrito Oeste 11 (once); Distrito Sudoeste 12 (doce); Distrito Sur 7 (siete) y Distrito Centro 1 (uno), haciendo un total de cincuenta (50) y algunas vecinales.

(ANEXO II)

El Segundo nivel de atención estaba constituido por tres Hospitales Dr. Roque Sáenz Peña; Intendente Gabriel Carrasco y Juan Bautista Alberdi; un servicio de Internación Domiciliaria pediátrica y de adultos, dos Maternidades: Martín y del Hospital Roque Sáenz Peña; el Instituto de Rehabilitación [ILAR] y el Centro de Especialidades Ambulatorias Rosario [CEMAR]

El Tercer nivel lo integraban las áreas de mayor tecnología y alta complejidad con el Hospital de Niños Víctor J. Vilela y el Hospital de Emergencias (HECA). Junto a estos Servicios se encontraba el [SIES] (Sistema Integrado de Emergencia Sanitarias), equipo de ambulancias que atendía fundamentalmente accidentes de tránsito y otras emergencias urbanas.

Además, se habían desarrollado servicios de apoyo técnico para toda la Red, como el [LEM] (Laboratorio de Productos de Especialidades Medicinales); el Instituto de la

¹ Actualmente se denominan Centro Territorial de Referencia [CTR]

Alimentación; y el Instituto Lazarte, que sostenía todo lo referente a Docencia y Capacitación para el Recurso Humano en Salud.

En estos niveles de atención, organizados según la estrategia de Atención Primaria de la Salud [APS], el Primer nivel o nivel primario se encuentra dirigido a la promoción de la salud, el diagnóstico precoz de la enfermedad y la incapacidad y la prevención de enfermedades. Se desarrolla en las unidades ambulatorias o [CAPs], con la organización de atención de demanda programada y espontánea, para un grupo determinado de personas que se encuentran registradas o adscriptas a ese Centro, según un criterio geográfico. El recurso humano está organizado por equipos de referencia: "en este sentido se trataría de instituir un nuevo sistema de referencias entre profesionales y usuarios, recortados según objetivos, características de cada local y cantidad de recursos [...] multiprofesional, que son responsables de un grupo de pacientes adscriptos" (Sousa Campos, 1998, pág. 3)

El otro elemento que modifica el sistema tradicional de interconsultas es la presencia o armado del soporte matricial o equipos matriciales que brindan atención especializada para la derivación de los distintos equipos de referencia, instituyendo una relación de co-responsabilidad entre el equipo de referencia y el especialista,

El Segundo nivel de atención o nivel secundario incluye equipamientos de diagnóstico y tratamiento propios de un hospital y cuenta con recursos humanos y medios de exploración complementaria especializada. Brinda atención a personas con demanda espontánea o derivadas de otros servicios y niveles de la Red, brindando internación en eventos de mediana complejidad. Según su localización, puede ser centro de referencia del Distrito de la ciudad en que se encuentren enclavados.

El otro pilar dentro de la forma de gestionar fue la división de la ciudad -a partir de 1995- en Distritos. **(ANEXO III)**

La distritalización se contrapone a la regionalización de los sistemas clásicos y, en salud, conlleva a la descentralización. Existe una forma diferente de asignar

responsabilidades, se distribuye en los [CAPs], donde los equipos de referencia o responsables, con su población adscripta en forma conjunta planifican el proyecto terapéutico de cada sujeto individual o grupo familiar, en planos lo más cercano posible a la comunidad donde están insertos. (Municipalidad de Rosario, 2011)

También a partir de esa fecha se propone y se lleva a cabo la descentralización política y administrativa en el municipio, dividiendo la ciudad en distritos, donde cada uno conforma un área de influencia, con un Centro Municipal de Distrito [CMD] y un territorio más acotado para precisar las siguientes cuestiones: la organización de las tareas vinculadas a la desconcentración funcional y operativa de servicios, la coordinación de las actividades a desarrollar por las distintas áreas (Salud, Promoción Social, Cultura, etc.), la organización de las estructuras comunitarias, encuadradas en el nuevo modelo de gestión y la redefinición de las políticas públicas a impulsar por esta administración.

Los Distritos son: Distrito Norte, con su [CMD], "Villa Hortensia" en calle Warnes 1917, siendo el Hospital Juan Bautista Alberdi [HA] el referente para los Centros de Salud y Vecinales comprendidas en el mismo. Del mismo modo, el Distrito Noroeste, [CMD] "Olga y Leticia Cossettini", de Provincias Unidas 150 bis, siendo el Hospital Alberdi (y el Hospital Carrasco), referencia para los [CAPs] y vecinales del Distrito. El Distrito Oeste con su [CMD] "Felipe Moré" que está ubicado en Presidente Perón 4532, siendo el Hospital Intendente Carrasco [HIC] el hospital de referencia (que se encuentra ubicado en el Distrito Centro, pero limitando con el Oeste). El Distrito Sudoeste tiene su [CMD] "Emilia Bertolé", ubicado en Francia 4435 y el Hospital Roque Sáenz Peña [HRSP] como referencia; el Distrito Sur, con [CMD] "Rosa Ziperovich" siendo el mismo Hospital Roque Sáenz Peña [HRSP] su referente. Por último, se destaca el Distrito Centro y su [CMD] "Antonio Berni", ubicado en Guillermo Wheelwright 1486. (Municipalidad de Rosario, 2011)

Descripción de los Servicios: contexto de la investigación

Dentro de la Red se seleccionaron los Servicios de Guardia de los tres hospitales que incluye el Segundo Nivel: Hospital Dr. Roque Sáenz Peña, ubicado en el Distrito Sur de la ciudad, Hospital Intendente Gabriel Carrasco, en Distrito Centro (lindando con el Oeste) y Hospital Dr. Juan Bautista Alberdi, Distrito Norte.

Según el instrumento de Habilitación Categorizante, propuesto por el Ministerio de Salud de la Nación, se define al Servicio de Guardia para establecimientos hospitalarios como: "aquel que presta la atención médica en forma continua, regular y permanente, durante las 24 horas del día los 365 días del año. (Ministerio de Salud de la Nación, 2009)

Siguiendo el mismo instrumento, debe tener un sector de admisión de pacientes, accesible desde el exterior, con sala de espera para el público, así como sanitarios para ambos sexos. Si brinda atención pediátrica, obstétrica y de adultos, debe contar con guardias separadas para cada grupo. En relación a los consultorios, se solicita que posean, de acuerdo al tipo de establecimiento, salas de cuidados generales no diferenciados y un/os consultorio/s para procedimientos médicos (punciones, suturas, otros).

Son también necesarias las salas o boxes para observación de aquellos paciente que no estén en estado crítico, con un número no menor de dos camas, camas camillas con barandas laterales, contando con-por lo menos- una superficie de 6metros cuadrados para cada cama, con iluminación y temperatura adecuada y renovación de aire.

Con respecto a la sala de urgencias o shock room, debe tener -como mínimo-12 metros cuadrado por cama, a fin de permitir al personal la ubicación para realizar los cuidados. La puerta de entrada de este recinto debe permitir el libre acceso de camillas, los insumos y equipamientos deben ser acordes al tipo de atención que brindan (consultas, urgencias o bien situaciones de catástrofes). Durante las 24 horas, tienen que

contar con servicios complementarios como radiología y laboratorio y guardias activas (o pasivas) de los otros servicios, por ejemplo tomografía computada, ecografía, cirugía, clínica médica, traumatología y ortopedia, neurocirugía, ginecología, urología, anestesiología, gastroenterología.

En lo que respecta a los recursos humanos, requieren de un jefe médico y de enfermería; médicos de guardia con experiencia en emergentología, enfermeros (uno cada 6 camas); camillero (uno por turno); mucamas para el sector (una cada 12 camas) y personal administrativo.

En cuanto al marco de funcionamiento, son necesarios los registros e historias clínicas de guardia, libro de guardia foliado, manual de procedimientos técnicos-administrativos (recepción, altas, traslados, denuncias policiales, denuncia obligatoria a autoridad sanitaria, estadísticas y censos).

Por otra parte, y en lo relativo a diferenciación de las áreas de atención de urgencias y emergencias en los Servicios de Guardias, se sostiene que:

[...] son instalaciones para brindar cuidados a pacientes en *emergencia*, es decir que requieren una atención inmediata, ya que presentan afecciones agudas con un alto grado de criticidad (por ejemplo, traumatismos mayores, paro cardiorespiratorio, shock, obstrucción de las vías aéreas) o *urgencia* donde las patologías que presentan los pacientes tiene potencial de criticidad, no estando al mismo nivel anterior [...] (F. Castañeira, comunicación personal, 14 de julio de 2009)

La presencia de un consultorio de atención de pacientes ambulatorios, separado del área de emergencia, tiene la función de asesoramiento y derivación hacia los centros de salud distritales, con el objetivo de disminuir los tiempos de espera reafirmando el criterio de atención funcional en la Red. En este sentido, se define a los pacientes ambulatorios como todas las personas que consultan por dolencias crónicas o menores, con posibilidad de permanecer en espera un tiempo prudencial sin ningún tipo de riesgo.

La Federación Iberoamericana de Enfermería en Urgencias y Emergencias [IBAMEUE] presenta en (2007) un consenso sobre el perfil profesional de la enfermería de urgencias, emergencias y catástrofes. Define a la enfermera/o especialista en

urgencias “como un profesional que cuenta con un título universitario y matrícula profesional expedido por un Colegio (o administración pública correspondiente) y que además cuenta con una formación académica adicional para ejercer la enfermería en un nivel avanzado”.

Asimismo, enuncian que este profesional debe:

[...] brindar cuidados enfermeros a personas con problemas de salud en situación crítica, de alto riesgo o en fase terminal, en el ámbito individual o colectivo, dentro del ámbito sanitario institucional o domiciliario, agilizando la toma de decisiones mediante una metodología fundada en los avances producidos en el campo de los cuidados de la salud, de la ética y la evidencia científica lograda a través de la investigación directamente relacionada con la práctica profesional. (pág. 2)

Entre los requisitos necesarios para que el profesional de enfermería pueda desarrollar sus competencias en el área de urgencias, emergencias y catástrofes destacan: disponer de una adecuada, completa y específica formación que les permita el correcto manejo de las situaciones críticas tanto en el ámbito prehospitalario como en el hospitalario; dominar los mecanismos de múltiples víctimas y aseguramiento de la vía aérea en situaciones de urgencias, emergencias y desastres en el área prehospitalaria; saber actuar en situaciones de estrés para iniciar medidas terapéuticas en aquel lugar donde el paciente pierde su salud, así como continuarlas durante el traslado al Centro hospitalario y en este mismo.

Entre otras competencias, se destaca tener habilidades en el manejo de sistemas de comunicación, tanto alámbricas (recepción de llamadas), como inalámbricas, que permita la optimización de resultados de atención en el campo de la emergencia pública, subrayando la necesidad de desarrollar un sistema integrado de asistencia. También resulta relevante estar facultado para elaborar planes de emergencia así como disponer de capacitación en *triage* y reanimación cardiorespiratoria.

En cuanto al rol del/la enfermera/o en los servicios de urgencias, señalan que tiene que ser capaz de: diagnosticar, tratar y evaluar de forma eficaz y rápida la

situaciones del sujeto que le generan problemas de salud reales y/o potenciales que amenazan la vida o no permiten vivirla con dignidad.

Enfatizan que, dada la tecnología compleja que hay en el lugar, debe tener destreza y seguridad en el manejo de los medios terapéuticos y de apoyo diagnóstico. Otra cuestión necesaria es la capacidad para establecer una relación terapéutica eficaz con los usuarios y facilitarles el afrontamiento adecuado de las situaciones que padecen.

Por otra parte, se le exige capacidad de formular, implementar y evaluar los estándares, guías de cuidados, protocolos específicos para la práctica de la enfermería y gestionar los recursos asistenciales con criterio de eficiencia y calidad. Proporcionar educación en salud y autocuidado a los pacientes, así como asesorar al equipo de salud en todos los aspectos relacionados con su área en la especialidad se constituyen, de igual forma, como requisitos.

En cuanto a la formación, se les solicita que asuman la responsabilidad de poder llegar a ser los futuros especialistas; impulsar líneas de investigación que sean relevantes para las diagnósticos, las intervenciones y los resultados de la clínica avanzada en urgencias y emergencias; realizar el proceso de atención de enfermería, como método científico de la profesión; cuidar de la salud del individuo en forma personalizada, integral, continua y tomando en cuenta sus necesidades y respetando sus valores, costumbres y creencias; implementar, desarrollar, y evaluar al comité para código azul (código hospitalario para alertar al equipo para tal fin, sobre un paro cardíaco e iniciar la reanimación) y la atención del paciente en paro cardiopulmonar. (Federación Iberoamericana de Enfermería en Urgencias y Emergencias [IBAMEUE], 2007)

Hospital Dr. Juan Bautista Alberdi

Está ubicado en la zona Norte de la ciudad (calle José Puccio 575), es un hospital polivalente de clínica para adultos, referencia para los Distritos Norte y Noroeste, el cual contaba, al momento del trabajo de campo, con una capacidad instalada de treinta y dos

camas: Planta baja: Sala General 1 (mujeres) doce camas; Sala General 2 (hombres), también doce camas. En Planta Alta: Sala 3 con cuatro habitaciones de dos camas cada una. Una de ellas diseñada para casos que requieren aislamiento respiratorio. Había durante la mañana (8-14 horas) tres equipos responsables, conformado cada uno por un médico y un enfermero, que tomaban para su cuidado a 10 pacientes (camas) contando además con un trabajador social y un profesional de Salud Mental. Las actividades que llevaban a cabo los equipos eran de asistencia, docencia e investigación. Se trabajaba en la restitución del vínculo con el primer nivel de atención, en la construcción del proyecto terapéutico para cada caso o paciente, desde su ingreso hasta el egreso, asegurando siempre un turno, al alta de su internación con dicho equipo de referencia.

Desde el año 2004, funciona en Planta Alta una Unidad de Cuidados Paliativos para adultos, siendo punto de referencia en la Red, destinada a pacientes con enfermedades crónicas evolutivas y/o terminales de la propia Red Municipal.

En cuanto a la Atención Ambulatoria, posee un Hospital de Día, que tiene como actividades el seguimiento y tratamientos supervisados de la población portadora de problemas crónicos como [VIH-SIDA], tuberculosis [TBC], diabetes mellitus [DBT] y otros. También se realizan instrumentaciones y tratamientos parenterales ambulatorios; actividades de promoción, prevención y educación en salud; interconsultas de clínica médica; consultorio post-internación y consultorios de re-orientación.

En cuanto al Servicio de Guardia, contexto de la investigación, funciona las 24 horas del día, los 365 días del año. En el período de trabajo de campo de la autora, tenía tres Consultorios, uno equipado como *shock-room*, una Sala de Internación Transitoria de seis camas, con área de aislamiento para sospechosos de [TBC] abierta pulmonar.

En ese tiempo brindaba atención ambulatoria en estas especialidades: Servicio de Rehabilitación, Kinesiología y Fisiatría; Servicio de Salud Mental, Psicología y Psiquiatría; Consultorios de Pediatría y Especialidades Pediátricas; Traumatología; Hematología; Gastroenterología; Neumonología; Cardiología; Reumatología; Dermatología; Neurología;

Endocrinología; Infectología y Fonoaudiología. Asimismo, contaban con un Servicio de Diagnóstico por Imágenes y Laboratorio y funcionaban, además, Consejerías de Salud Sexual y Reproductiva, de [VIH/SIDA] y de Lactancia Materna, Espacios de Gimnasia Preventiva, Talleres de Nutrición y reuniones de Alcohólicos Anónimos

En el Hospital se desarrolla docencia de Grado y Posgrado y cuenta con distintos Comités: de Docencia, Infecciones, Bioética, de Residuos y Medicamentos (Facultad de Ciencias Médicas de la UNR, Cátedra de Clínica Médica, 2011)

Al momento de la recolección de datos, el Servicio de Enfermería contaba con una Jefatura de Departamento, un Enfermero Jefe de los Servicios de Internación, y una Enfermera Jefe del Servicio de Guardia, todos licenciados en enfermería. El número de Personal de Enfermería era de 59 personas: el total de licenciados en enfermería ascendía a 15 (25%); enfermeros, 33 (56%); enfermeros ley, 4 (7%) y auxiliares de enfermería 7 (12%). Como otro dato, 19 enfermeros tenían entre 51-60 años y 13 enfermeros entre 41 y 50, es decir, más de la mitad (54%) se ubicaba en el grupo de adultez madura. Por otra parte, 11 tenían entre 31 y 40 años y 10 entre 21 y 30 años, 46% era personal adulto joven. (M. Vieyra, comunicación personal, 14 de febrero de 2010)

En cuanto al Servicio de Guardia, tenía un total de 13 personas: 7 enfermeros profesionales; 2 licenciados en enfermería; 2 enfermeros ley y 2 auxiliares de enfermería. En todos los turnos se distribuían 2 personas, a excepción de la mañana que eran 3, incluyendo a la Enfermera Jefe. En todos los casos, para la distribución se tenía en cuenta que siempre el auxiliar de enfermería quedara en un turno trabajando con un personal profesional. (H. Liborio, comunicación personal, 18 de enero de 2009)

El número total de registros de consultas que se hicieron en los tres hospitales de mediana complejidad de la Red ascendió a 98.430. En este hospital, se hicieron 28.376 (28,8%) de esas Consultas. (Servicio de Estadística, 2009)

Hospital Dr. Roque Sáenz Peña [HRSP]

Está ubicado en la zona Sur de la ciudad, en la calle Laprida 5381. Es el referente dentro del Segundo Nivel de la Red de Servicios de Salud para los distritos Sur y Suroeste y contaba, al momento del estudio, con 98 camas de internación entre los Servicios de Maternidad, Toco-ginecología, Clínica Médica y Neonatología. El Hospital nació como una estación sanitaria y de primeros auxilios ubicado en la esquina de Ayacucho e Hilarión de la Quintana. En 1923, se trasladó como Hospital de Crónicos a su actual emplazamiento y el 20 de agosto de 1933 se inauguró el edificio.

Como el resto de los efectores, coordina la atención de salud con los Centros de Atención Primaria y demás efectores de internación y/o servicios. Brinda cuidados pediátricos y neonatológicos. También, mediante el Programa Sanar, se implementan y coordinan programas de detección precoz, prevención, atención y rehabilitación de niños con discapacidad. Brinda atención a adultos en Consultorios Externos con diversas especialidades clínicas y quirúrgicas, así como en Salas de internación clínica con áreas de aislamiento. En cuanto a la mujer, posee una Maternidad que, en ese momento, realizaba 1800 partos anuales, también un Servicio de Ginecología y Guardia toco-ginecológica. Todo el sector está destinado a la internación conjunta de bebés con sus mamás y está preparado para que las mujeres puedan ser acompañadas durante el trabajo de parto y posparto en función de una atención humanizada y no medicalizada del mismo. Posee un área de alojamiento de madres cuyos niños están internados en Neonatología. Tiene quirófanos para Cirugía General programada y Cirugía ginecomamaria. Su trabajo en la promoción de la Lactancia Materna le ha valido la distinción de "Hospital Amigo de la Madre y el Niño", otorgada por UNICEF.

En el mes de marzo de 2009 fue inaugurada la nueva Guardia del Hospital. La obra, ejecutada demandó una inversión de más de \$2 millones y fue votada por los vecinos en el marco del Presupuesto Participativo. El nuevo edificio de Guardia para niños y

adultos cuadruplica en tamaño a la antigua sala, dado que pasa a tener de 190 m² a 590m² y duplica el número de camas para la atención de los pacientes. Cuenta con equipamiento médico y tecnología avanzada, convirtiéndose en una herramienta decisiva para dar respuesta de atención en salud a la población rosarina en general, y en particular a los vecinos de la zona sur de la ciudad.

Posee cuatro Consultorios para adultos, dos Consultorios pediátricos, Sala de Atención Crítica o *shock-room*, Área de Internación Transitoria pediátrica y de adultos, Sala de yeso, Sector de usos múltiples equipado con oxígeno, Área de admisión, dos puestos de enfermería (área adultos y área pediatría), Sala de Espera tanto para adultos como para pediatría. Además, el sector está dotado de aire acondicionado frío-calor y un ingreso independiente para ambulancias (Municipalidad de Rosario, 2010)

En el lapso en que se realizó el trabajo de campo, el personal de enfermería con que contaba este hospital era de 119 trabajadores: 84 enfermeros, 22 licenciados en enfermería, 5 enfermeros ley y 8 auxiliares de enfermería. En cuanto a la edad, 39 trabajadores estaban entre los 41 y 50 años, 28 contaban entre 31 y 40 años, 26 entre 21 y 30 años y 3 tenían más de 60 años. (M. Vieyra, comunicación personal, 14 de febrero de 2010)

En el Servicio de Guardia, la dotación total era de 17 personas: 3 licenciados en enfermería; 11 enfermeros profesionales y 3 enfermeros ley, que se distribuían de lunes a viernes, en el turno noche, 2; los fines de semana, 3. En el resto de los turnos, siempre 3 personas. (O. Tamagno, comunicación personal, 15 de enero de 2009)

Las consultas o atenciones que brindó el Servicio de Guardia de este hospital durante el año 2008 fueron 45.936, conformando 46,66% de todas las atenciones brindadas en los tres Hospitales seleccionado. (Servicio de Estadística, 2009)

Hospital Intendente Gabriel Carrasco

Se encuentra ubicado en Boulevard Avellaneda 1402, y pertenece al Distrito Centro, según el sistema de descentralización implementado en la ciudad, pero como

efector de Salud Pública municipal, es centro de referencia del Distrito Oeste, Centro y parte del distrito Noroeste de la ciudad de Rosario. Al ser un hospital de Segundo Nivel de Atención, brinda Consultas Ambulatorias en numerosas especialidades médicas y no médicas, Internación Clínica, atención en Servicio de Guardia y cirugías menores.

Al momento del estudio contaba con 68 camas de Internación Clínica, distribuidas en Sala I, II y III, y 6 camas de Internación Transitoria Guardia. Asimismo, funcionaba una Sala de Rehabilitación (ex Sala IV). Este Hospital trabajaba en Red con el resto de los efectores para brindar una atención equitativa y accesible a todos los ciudadanos. Funcionaba en sus instalaciones un Centro de Atención al Diabético, dedicado a la prevención y educación sobre la problemática. Se erigía en una Unidad de docencia de Pre y Posgrado en distintas Especialidades.

Entre las Especialidades médicas para la atención ambulatoria, en ese momento, se encontraban: Alergia, Cardiología, Dermatología, Infectología, Neumonología, Clínica Médica, Cirugía Plástica menor, Gastroenterología, Ginecología, Kinesiología, Neurología, entre otros. Contaba con servicios de Hematología, Hemoterapia, Diagnóstico por Imágenes, Laboratorio Central, Salud Mental y Trabajo Social.

En el marco de un convenio con la ciudad de Alessandria (Italia), el Gobierno de esa ciudad realizó una donación que permitió la remodelación de dos salas del hospital, que fueron inauguradas en marzo de 2006. Colaboran con este Hospital las Damas Protectoras del Hospital Carrasco, el Patronato del Enfermo de Lepra, las Voluntarias de la Pastoral de la Salud y su Asociación Cooperadora.

Funcionaban allí los siguientes Comités: Docencia e Investigación; Control de Infecciones, Gestión Interna de Residuos, Historias Clínicas y de Seguridad y Catástrofes. (Municipalidad de Rosario, 2010)

El personal de enfermería con que contaba en 2008 ese Hospital era de 84 trabajadores: 51 enfermeros profesionales, 20 licenciados en enfermería, 5 enfermeros ley y 8 auxiliares de enfermería. En cuanto a la edad, 23 trabajadores estaban entre los

41 y 50 años, 20 entre 51 y 60, 22 contaban entre 31 y 40 años, 14 entre 21 y 30 años y 5 tenían más de 60 años. (M. Vieyra, comunicación personal, 14 de febrero de 2010)

Respecto al Servicio de Guardia, la dotación total era de 18 personas: 2 licenciados en enfermería, 15 enfermeros profesionales y 2 auxiliares de enfermería, que se distribuían de lunes a viernes en el turno nocturno: 2 y los fines de semana: 3. En el resto de los turnos siempre 3 personas. Este Servicio tenía una Sala de Espera que permitía el acceso a los Consultorios. Las seis camas de Internación Transitoria estaban separadas por cortinas, donde los pacientes eran ubicados según su patología.

Había un Consultorio para la Atención de Urgencias o sala de *shock-room*, separado de la anterior, con una camilla y todo el soporte de recursos y material para brindar ese tipo de atención. (G. Tournier, comunicación personal, 19 de febrero de 2009)

Según los registros, las consultas que se hicieron durante el año 2008 fueron 24.118, conformando 24,5 % de todas las consultas de los tres Hospitales seleccionados. (Servicio de Estadística, 2009)

III - 2 - El Servicio de Enfermería

Enfermería se refiere a las acciones o intervenciones que llevan a cabo las enfermeras/os por o en conjunto con las personas, siendo el resultante de sus acciones el cuidado enfermero. Estos cuidados o acciones o intervenciones surgen de procesos mutuos entre las personas y las enfermeras y se desarrollan a partir de procesos de valoración diagnóstico, planeación, intervención y evaluación. (Duran de Villalobos, 2014)

El cuidado es el núcleo central de la disciplina enfermera y ser disciplina significa que Enfermería tiene, genera y redefine un cuerpo de conocimientos en relación a su propio quehacer.

Margaret Newman citada por (Duran de Villalobos, 2014), sugiere que "el núcleo de la disciplina emerge de manera central de los conceptos de salud y cuidado y, más concretamente, de cuidar a los seres humanos en los procesos de sus experiencias de

salud". Si la enfermería tiene como meta facilitar la salud, entonces el cuidado es la cualidad a través de la cual se relacionan, potencian y transforman el sujeto de atención o la persona y la enfermera/o.

En cuanto a la práctica enfermera, o práctica profesional, el cuidado se manifiesta, encamina y dirige las acciones o intervenciones que allí se desarrollan y tiene cualidades espaciotemporales susceptibles de evolucionar, pudiendo estas reconocerse concretamente.

El quehacer profesional es una práctica de cuidado en tanto tenga un soporte teórico propio que le permita la autonomía en la toma de decisión sobre el cuidado, transformando la práctica de enfermería en calificada y confiable (Duran de Villalobos, 2014).

Tanto el campo profesional como las instituciones formadoras de recursos humanos en enfermería, seleccionan modelos conceptuales y teorías que guían el proceso que les permite alcanzar la meta, enseñando unas y brindando el cuidado los otros. Ambos campos buscan desarrollar el cuidado a partir de los conceptos del modelo seleccionado y puesto en acción a partir de la metodología científica o el proceso enfermero.

Si bien en las Escuelas o Carreras de Enfermería está explicitado el modelo que sostiene su plan de estudios, encuentran dificultades para su aplicación en el momento en el que los estudiantes desarrollan sus trabajos en el campo real. Desde el Servicio, existen intentos de adherir a un modelo o varios (posición ecléctica) para sostener su práctica pero también encuentra grandes dificultades para lograrlo frente a la hegemonía del modelo médico imperante.

El modo reconocido para desarrollar el cuidado enfermero, aunque sea un tema de gran debate, especialmente al interior de los espacios académicos, es el proceso enfermero [PE], proceso de enfermería, proceso de atención de enfermería [PAE], un método ampliamente aceptado como forma sistemática y dinámica de prestar cuidados

de enfermería. Se realiza por etapas interconectadas, incluyendo la valoración y elaboración de diagnósticos enfermeros, planificación del cuidado, puesta en acción o implementación y evaluación de lo realizado. (Ballistreri M. , 2010)

Cabe destacar que se pueden presentar situaciones donde las personas cuidadas requieran actuaciones interdependientes de enfermería que, en general, son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan, para detectar su inicio o su evolución y colaboran con otros profesionales para su tratamiento.

Aquellos problemas de salud que en función de su experticia y/o formación son capaces de tratar o resolver y están autorizados para ello se denominan cuidados independientes. (Colegio Profesional de Enfermería de Ciudad Real, España, 2010)

En relación a las intervenciones o acciones dependientes-aquellas en que el/la enfermero/a actúa bajo la responsabilidad directa de otro profesional que lo prescribe- en los círculos académicos es una denominación que se está dejando de utilizar porque se considera que una indicación dependiente, por ejemplo administración de un medicamento por vía parenteral, exige de la enfermera su experticia y formación, por lo cual se transformarían en un cuidado o acción interdependiente.

Dentro de las profesiones que forman parte de la salud, Enfermería tiene ciertas características que la distinguen del resto, como por ejemplo: la permanencia, la contingencia, la continuidad y vínculo con el paciente, cualidades que describen la carga emocional que soportan durante sus horas de trabajo. (Wainerman & Geldstein, 1990)

Las funciones del servicio de enfermería están definidas en la Ley Nacional del Ejercicio Profesional N° 22.004 promulgada en 1992, y en la Provincia de Santa Fe, por la Ley Provincial N° 12.501 (año 2005). En esta última figura que:

[...] la promoción, recuperación, rehabilitación de la salud, prevención de enfermedades, investigación, docencia, educación, auditoria, dirección, asesoría, gestión, peritaje y otras acciones para la salud, son funciones propias del ejercicio de la enfermería, siempre que se realicen dentro de los límites de las incumbencias establecidas en los títulos habilitantes[...] (pág. 1)

En el Boletín Oficial del Gobierno de la Provincia de Santa Fe, el 22 de octubre de 2012 fue publicada la aprobación de la Reglamentación en el decreto 2810/12, donde se establecen las competencias para los dos niveles reconocidos para el ejercicio profesional que son el nivel profesional y el nivel auxiliar (Gobierno de Santa Fe, 2012):

[...] Nivel profesional: consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad sometidas al ámbito de su competencia [...]

[...] Nivel auxiliar: consistente en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen al cuidado del enfermo, planificado y dispuesto por el nivel profesional y ejecutado bajo su supervisión. Las funciones jerárquicas, de dirección, gestión, auditoría, de asesoramiento, peritaje docencia e investigación, están reservadas exclusivamente al nivel profesional, como así también la presidencia e integración de tribunales que entiendan en concursos para el ingreso y cobertura de cargos en el escalafón de enfermería. [...] (Legislatura de la Provincia de Santa Fe, 2005, pág. 1)

En la Provincia de Santa Fe y solo en esta, desempeñándose en las instituciones prestadoras de salud, se encuentran los denominados "enfermeros ley 10.971", reconocidos dentro del nivel profesional:

[...] son todos aquellos agentes que siendo auxiliares de enfermería, hicieron el Curso de Reconversión de auxiliares desarrollado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe y alcanzaron el título de enfermero ley 10.971. Tiene solo validez para el territorio provincial (Ministerio de Salud del Gobierno de Santa Fe, 1993)

En el capítulo II "de los sujetos comprendidos", artículo 7, de la Ley 12.501 se establece que el ejercicio de la enfermería en el nivel profesional está reservado exclusivamente a aquellas personas que posean los títulos que se detallan y acrediten estar debidamente matriculados en los respectivos Colegios de Profesionales de Enfermería, quedando incluidos los denominados "enfermeros ley 10.971":

a) Título de Enfermera/o y/o Licenciada/o y/o título de Postgrado y los que en el futuro sean creados a partir de estos, otorgado por universidades públicas o privadas reconocidas oficialmente.; b) Título otorgado por Centros de Formación de nivel terciario no universitario, dependientes de organismos públicos o privados reconocidos oficialmente; c) Título, certificado, o documentación equivalente expedido por casas de estudios de países extranjeros revalidado conforme los requisitos legales y los convenios de reciprocidad existentes; d) Título otorgado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en convenio con entidades

oficiales y/o intermedias conforme las Leyes N°. 10.971, 11.428 y 11.943. (Legislatura de la Provincia de Santa Fe, 2005, pág. 2)

Por eso cuando en esta Tesis se menciona profesional de la enfermería, se incluye a las personas que han obtenido su título de enfermera/o y/o título de licenciada/o en enfermería y/o título de posgrado en la disciplina enfermera. También al momento del trabajo de campo se encontraban auxiliares de enfermería desempeñándose en la práctica.

En el mismo capítulo II, de la ley 12.501, artículo 8 se desarrolla que el ejercicio de la enfermería en el nivel auxiliar, está reservado a aquellas personas que posean los títulos o certificados habilitantes que se detallan y acrediten estar debidamente registrados en los respectivos Colegios de Profesionales de Enfermería:

[...] a) Título, Certificado o Diploma de Auxiliar de Enfermería otorgado por instituciones públicas o privadas reconocidas oficialmente; b) Título, Certificado o Diploma otorgado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en convenio con entidades oficiales y/o intermedias; c) También podrán ejercer como auxiliares quienes posean Certificado, Título, Diploma o Documento habilitante de país extranjero, revalidado conforme la normativa vigente y los convenios de reciprocidad existentes.[...] (Legislatura de la Provincia de Santa Fe, 2005, pág. 2)

La práctica de enfermería en las instituciones hospitalarias -el contexto de la investigación- está enmarcada en la Resolución Ministerial 194/95, que contempla las Normas de Organización y funcionamiento del Servicio de Enfermería en Establecimientos Asistenciales, incorporados en 1995 al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. En la Norma 1 se menciona: "cada Servicio de Enfermería deberá definir los conceptos que guiarán las acciones de atención de enfermería, considerando los objetivos de la institución y el sistema de organización de lo previsto" (Ministerio de Salud y Acción Social, 1995)

En cuanto a la estructura del Servicio de Enfermería, para su nivel de gestión o conducción:

[...] la autoridad del Servicio deberá ser una licenciada o en su defecto una enfermera capacitada para la función [...] (Norma 4)

[...] los cuadros de conducción deberán cumplir funciones de administración del Servicio [...] (Norma 6)

Como sectores de trabajo en Enfermería, asistencial, de atención directa u operativa se sostiene que:

[...] el Servicio de Enfermería tendrá a su cargo los sectores de cuidados a pacientes en atención ambulatoria, internación, centro obstétrico, atención domiciliaria, área programática y otras modalidades en las cuales el personal de enfermería cumpla funciones de su competencia. [...] (Norma 9)

En cuanto a los recursos humanos en Enfermería se explicita que:

[...] el Servicio de Enfermería definirá la dotación del personal de conducción y de operación necesarios para la atención de enfermería de los pacientes en los sectores a su cargo. Tendrán en cuenta las categorías de personal de enfermería definidas para el país [...] (Norma 10)

La Enfermería, en cuanto profesión, históricamente ha sufrido las influencias de los conceptos de la administración científica que sostiene la fragmentación del trabajo, donde cada profesional ejecuta las tareas que le son atribuidas, con poco margen de innovación y creatividad.

María Cecilia P. de Almeida y Semiramis M. Melo Rocha citados por (Palhares Guimaraes & Antonini Ribeiro Bastos, 2007), reconocen que el enfermero utiliza la división técnica del trabajo, la jerarquía y la disciplina para establecer la organización del trabajo:

Procura dividir el trabajo en tareas parceladas, atribuyéndoselas al profesional de nivel medio, que pasa a ejecutar técnicas específicas, sin el dominio del conjunto de actividades requeridas para la atención del paciente. Queda para el licenciado en enfermería la organización de la asistencia de enfermería que será ejecutada por el enfermero, quedando al margen del cuidado propiamente dicho, e inmersos en aspectos administrativos que le absorben la mayor parte de su tiempo. (pág. 32)

Esta división con tareas definidas, basadas en instrucciones previamente fijadas, determinando un sistema de rutina, puede hacer más eficiente la tarea -en términos de producción- pero genera una pérdida de la visión global de la práctica desarrollada e impacta en los enfermeros. En otros términos, el trabajo se fragmenta, no tienen participación en su organización y puede llevarlos a fatigarse física y psíquicamente. Las

condiciones del propio trabajo, las cargas que genera el propio objeto de trabajo (el paciente) y la separación de los trabajadores, según su nivel de formación (entre los que piensan y los que ejecutan) llevan a transformar el trabajo en dependiente y poco creativo. (Espinoza, 2012)

Otro elemento que atraviesa a la enfermería local y nacional y más en el área hospitalaria es que se encuentra cada día más comprometida por las condiciones de trabajo que a todas luces son precarias: bajos salarios, jornadas extensas (doble turno), falta de materiales y de recursos humanos que la fuerzan a una labor en constante adaptación e improvisación, en desmedro de seguridad para aquel que al cual están atendiendo y de su propia salud.

La división real del trabajo, que existe en los servicios de la mayoría de las instituciones a nivel nacional, se puede describir en: nivel de conducción o de gestión de los servicios, donde en su mayoría se encuentran los licenciados en enfermería, y nivel asistencial o de atención directa u operativo, donde se encuentran licenciados, enfermeros y auxiliares de enfermería, realizando la práctica sin diferenciación de funciones según su título habilitantes.

Dentro del nivel de atención directa, el trabajo se encuentra organizado según dos clásicas formas o métodos ya enunciados en la década del 80, los funcionales e integrales (Kron, 1985). En el método funcional, la práctica se desarrolla a partir del desempeño de tareas y procedimientos y no del paciente o el sujeto. Tiene normas y rutinas, fragmentando las tareas asignándolas a cada miembro del equipo de enfermería (por ejemplo en un turno, un enfermero realiza la medicación de todos los pacientes de su sector, o del sector y otro realiza las higiene y el confort). El otro método, al que se tiende actualmente, es el integral, donde cada personal de enfermería tiene designado el grupo de pacientes a los que deberá brindarle atención y todos los cuidados.

En relación a los títulos habilitantes de la carrera de Enfermería para el nivel profesional a nivel nacional se encuentra articulada en dos ciclos: el primero (o básico)

que tiene una duración de tres años, luego del cual el estudiante egresa con el título de enfermero y el segundo (o superior) de dos años, luego de los cuales egresa con el título de licenciado en enfermería, que es el primer título de grado.

Según el Plan de Estudios vigente en la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario (1992) y como forma de ilustrar la finalidad de cada ciclo, se menciona que la carrera Licenciatura en Enfermería se encuentra articulada en dos ciclos y que el primero tiene el objetivo particular de capacitar al estudiante para planificar, ejecutar y evaluar cuidados de enfermería en los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria de la atención médica. El segundo, en cambio, lo capacita para desempeñarse en el campo de la investigación en enfermería, administración de servicios y educación para la salud.

El primer ciclo, en la ciudad de Rosario, lo desarrollan las Escuelas de Enfermería no universitarias, como la Escuela Superior de Enfermería "María Elena Araya de Columbres", de dependencia provincial, el Instituto Superior Particular Autorizado N° 9193 "Cruz Roja Rosario" y el Instituto Superior Particular Autorizado N° 9231 "Garibaldi" así como también la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario.

El segundo ciclo es desarrollado sólo en Escuelas de Enfermería pertenecientes a la Universidad, siendo una la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas, que depende de una universidad pública nacional, la Universidad Nacional de Rosario [UNR] y otra la carrera Licenciatura en Enfermería del Instituto Universitario Italiano Rosario [IUNIR]

III - 3 - El Servicio de Enfermería en la Municipalidad de Rosario

Está constituido a partir de una Dirección de Enfermería, que es un área de la Secretaría de Salud Pública, y por el Servicio de Enfermería propiamente dicho.

Dirección de Enfermería

Fue creada en el año 1996 con la misión de: “[...] coordinación y dirección de todos los niveles del área de enfermería, debiendo verificar que se cumplan las políticas específicas” (Dirección de Enfermería, Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario, 1996)

Con el correr de los tiempos fue modificando su finalidad:

[...] acompañar las transformaciones de los modelos de atención de la salud, con acciones dirigidas al constante perfeccionamiento de los procesos de trabajo y la satisfacción del personal, mediante una política que asegure a los usuarios de los servicios dependientes de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, cuidados de enfermería eficientes y humanizados, en coordinación con los otros miembros del equipo de salud, tendiendo a garantizar una calidad de atención libre de riesgos.(M. Vieyra, comunicación personal, 14 de febrero de 2010)

En el año 2009, primera etapa del trabajo de campo, estaba integrada por 1089 trabajadores: 80% profesionales y 20% auxiliares de enfermería, además de un plantel de instrumentadoras quirúrgicas y operarios de esterilización.

La estructura de gestión estaba conformada por una Directora, licenciada en enfermería con una maestría en Administración de Servicios de Enfermería, un Subdirector y una Supervisora de área, junto con los Jefes de Departamento de Enfermería de los Hospitales de la Red (10) y una Supervisora Técnica del área de Atención Primaria de la Salud. Todos eran profesionales en enfermería y licenciados en enfermería.

El plantel de enfermería o personal asistencial u operativo se encontraba distribuido en la Red de Salud, en cinco hospitales, dos Maternidades, un Centro de Rehabilitación [ILAR], un Servicio de internación domiciliaria, un Centro de consultas ambulatorias especializadas [CEMAR], cincuenta [CAPs] y el Servicio de Emergencias Pre Hospitalarias [SIES].

En todos los Hospitales funcionaba el Comité de Docencia e Investigación, conformado interdisciplinariamente, con la participación de un licenciado en enfermería. Otros espacios donde participaban eran los Comités en Control de Infecciones que funcionaban en cada efector, también participaban licenciados en enfermería, con aval académico para el desempeño de la función enfermera en control de infecciones [ECI].

Esta Dirección tenía una Política de Desarrollo de los Servicios de Enfermería y, para ello, estaba realizando un proyecto de investigación sobre Gestión del Cuidado con el objetivo de definir el “cuidado enfermero” propio, en el marco de la integración Docencia-Servicio, con la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario. Esto buscaba acuerdos al interior de la docencia y el servicio, sobre el marco teórico referencial que se estaba utilizando, para luego acordar las prácticas bajo ese marco, para la mejora de la calidad en el cuidado enfermero que se brindaba y que se enseñaba en las instituciones comprometidas en ese proyecto (Ballistreri & Barbarich, 2000)

A partir del proyecto se incentivaba a la capacitación permanente y a la mejora continua de la calidad, promoviendo la producción científica, disciplinar o interdisciplinar distinguiendo, mediante una comisión evaluadora, a los equipos o profesionales destacados con un reconocimiento en el Día Internacional de la Enfermera/o.

También, dentro de la Política de Educación en Enfermería, se desarrollaba un Programa de Capacitación para profesionales en Enfermería de los servicios de la Red Municipal, con la finalidad de cumplir el rol de Tutor en terreno para los estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería, perteneciente a la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario.

En otra línea, promovía talleres de capacitación en Enfermería en Cuidados Paliativos y un Programa de Capacitación Continua, dirigido al personal de Enfermería del nivel asistencial del Hospital de Niños Víctor J. Vilela. [HVV]

Servicio de Enfermería

Depende funcionalmente de la Secretaría de Salud Pública, donde está la Dirección de Enfermería. Esta Dirección es la que plantea las líneas generales de acción y controla a través de concursos, los ingresos de personal de Enfermería así como el acceso del personal a los cargos de conducción. (Vieyra, 2003)

En cuanto al marco administrativo y legal, el Servicio de Enfermería se rige por el Reglamento General de Hospitales, Decreto N° 3641/68 de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario y actualizado por el Decreto N° 1825 (marzo 1991), el Estatuto Municipal, Ley 9286, que alcanza a todos los empleados municipales, Ley de Regulación del Ejercicio Profesional N° 12.501 y su reglamentación.

El personal que trabajaba en el Servicio de Enfermería en los distintos efectores al momento de la recolección en campo [2009-2010] tenía título profesional, licenciados, enfermeros y enfermeros ley 10.971 y certificado de auxiliar de enfermería. Cabe aclarar que era política de la Dirección de Enfermería, desde hacía 10 años, no ingresar más personal con esa preparación, sino y únicamente personal profesional.

Esta diversidad de niveles de formación y provenientes de las diferentes Escuelas de la ciudad, cada una con su perfil y competencias, era la que nutría al Servicio de Enfermería de la Secretaria de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario al momento del trabajo de campo.

Al interior del propio Servicio de Enfermería, había una descripción de los puestos de trabajo, delineados por la propia Dirección de Enfermería. La promoción vertical era por oposición y antecedentes. La estructura del servicio en las instituciones hospitalarias tenía características de verticalidad debido a los planos jerárquicos bien definidos: Jefe de departamento de Enfermería; supervisores, enfermeros jefes de salas (para ocupar esos cargos se debía contar con la Licenciatura en Enfermería) y personal de línea operativa o asistencial (licenciados, enfermeros, enfermeros ley y auxiliares de enfermería), todos con una cantidad diaria de horas por personal de seis (6).

La gestión de los [CAPs], a diferencia de los hospitales, tenía modalidad horizontal, si bien existe la figura de un coordinador. Estos coordinadores tenían diferentes disciplinas de origen (medicina, trabajo social, psicología, enfermería entre otros).

En cuanto a la planificación del cuidado, si bien no había protocolos de atención, existían guías de atención o cuidados establecidos para las distintas patologías prevalentes que ingresan a los distintos efectores (por ejemplo, pacientes con tuberculosis (TBC) en el Hospital Intendente Carrasco). En el caso de las sustancias psicoactivas aún no se habían delineado.

El trabajo enfermero estaba organizado según el método funcional, con rutinas para algunas actividades, muchas a realizar en horarios poco flexibles (por ejemplo, higiene de los pacientes, a la mañana, antes que se produzca el pase médico). En todos los efectores existía una normatización de las técnicas y procedimientos, que era revisada periódicamente. No había división de tareas según nivel de formación.

Cada Departamento de Enfermería, en cada efector, en forma más o menos autónoma estimulaba la capacitación formal, facilitando los permisos respectivos. En cuanto a la capacitación en servicio, existía una planificación anual respecto de temas y tecnologías que cada servicio considera necesario. También todos los efectores tenían un programa de formación del personal de nuevo ingreso. (Vieyra, 2003)

En relación con la temática objeto de este trabajo, durante el año 2010, se desarrolló desde la Dirección de Enfermería, un Programa de Capacitación Permanente en Enfermería, gestado por los propios enfermeros asistenciales que se reconocían sin herramientas para enfrentar los problemas relacionados con el cuidado enfermero a personas con distintos tipos de crisis de subjetividad, que cotidianamente llegan a los servicios, ya sean de internación o ambulatorios.

En el Programa se conformó un taller sobre el cuidado enfermero a usuarios que consumen o abusan de sustancias psicoactivas, por ser un tema recurrente en las

situaciones conflictivas de la práctica, espacio donde la autora de esta tesis participó como integrante de un panel denominado "Subjetividad y adicciones: un abordaje desde la interdisciplinariedad y un espacio para pensar la práctica enfermera". (Makianich, 2010)

CAPITULO IV

IV - FASE CUANTITATIVA

IV – 1 - DISEÑO METODOLOGICO

IV – 1.1 - Tipo de diseño

Se consideró realizar un diseño ***descriptivo, retrospectivo y transversal***, para reconocer y describir la situación de las variables estudiadas a partir de los registros de las consultas de los usuarios que ingresaron al Servicio de Guardia de los tres Hospitales del Segundo Nivel de la Red Municipal de Servicios de Salud, por consumo de sustancias psicoactivas, hecho ya sucedido en el tiempo (año 2008) y relevado en un período determinado (01 de enero al 31 de diciembre de 2008)

IV – 1.2 - Contexto

Fueron los Servicios de Guardia de los Hospitales de Segundo Nivel de Atención de la Red de Servicios de Salud de la Municipalidad: Hospital Intendente Gabriel Carrasco; Hospital Dr. Juan Bautista Alberdi y Hospital Roque Sáenz Peña. En este último cuando se regresa en 2010, se había producido el traslado del Servicio de Guardia a una nueva planta física.

IV – 1.3 - Población

Fueron todos los registros que figuraban en las Planillas de Admisión a los Servicios de Guardia de los hospitales seleccionados, donde el médico de guardia o el médico que realizó la atención, indicaba como “motivo de consulta y / o diagnóstico” el consumo de sustancias psicoactivas.

IV – 1.4 - Muestra

Fueron todos los registros de las consultas que figuraban en las Planillas de Admisión a los Servicios de Guardia de los Hospitales seleccionados, desde las 0 horas del primero [1] de enero a las 23 horas: 59 minutos del treinta y uno [31] de diciembre de

2008, donde el médico de guardia o el médico que realizó la atención indicaba como “motivo de consulta y / o diagnóstico” el consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 1: Consultas Totales de Usuarios de Sustancias Psicoactivas según hospital [n= 670]. Rosario, 2008.

HOSPITAL / SEXO	MASCULINO	FEMENINO
Intendente Gabriel Carrasco (HIC)		
Cantidad de registros de consultas	209	70
Porcentaje dentro del hospital	74.9%	25.1%
Porcentaje del total	44.8%	34.5%
Dr. Juan Bautista Alberdi (HA)		
Cantidad de registros de consultas	133	58
Porcentaje dentro del hospital	69.6%	30.4%
Porcentaje del total	28.5%	28.6%
Dr. Roque Sáenz Peña (HRSP)		
Cantidad de registros de consultas	125	75
Porcentaje dentro del hospital	62.5%	37.5%
Porcentaje del total	26.8%	36.9%
Total	100.0%	100.0%

Fuente. Servicio de Guardia, Hospital Juan B. Alberdi; Intendente Gabriel Carrasco y Roque Sáenz Peña. Servicio de Estadística (2009), Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario

IV – 1.5 - Variables

Las variables en estudio fueron descriptivas del fenómeno y acotadas al instrumento de recolección de datos.

Consumo de sustancias psicoactivas [SPA]: cualquier forma de autoadministración de una o más sustancias con efectos sobre el sistema nervioso central que tiene la capacidad de cambiar la percepción, el estado de ánimo y / o el comportamiento, y que fue escrito o registrado en el registro correspondiente por el médico de guardia o el médico que prestó la atención.

Las sustancias son reconocidas según los códigos F10 a F19 de la Codificación Internacional de Enfermedades, Decima versión [CIE – 10], en su Capítulo V, en el apartado de los Trastornos Mentales y del Comportamiento debido al Uso de Sustancias

Psicoactivas y cuyo consumo puede producir trastornos o cuadros clínicos concretos identificados en esa codificación a partir del cuarto (F1x.0) y quinto carácter (F1x.00). (Organización Mundial de la Salud, 1998)

Perfil sociodemográfico de los usuarios de sustancias psicoactivas: son las características individuales de las personas que vinieron o fueron traídas a los Servicios de Guardia de los hospitales seleccionados por consumo de sustancias psicoactivas y que fueron asentadas en los registros de admisión a los mismos.

Consultas por consumo de sustancias psicoactivas: características de la atención que recibieron las personas que por uso de sustancias psicoactivas vinieron o fueron traídas a los Servicios de Guardia de los hospitales seleccionados.

IV – 1.6 - Definición Operacional de Términos

Consumo de Sustancias Psicoactivas: [SPA]

➤ **Patrón de consumo:** modo de uso de una o más sustancias psicoactivas identificadas según el tercer carácter (**F1x**) de la Codificación de la [CIE-10], en los Trastornos Mentales y del Comportamiento debido al uso de una o más Sustancias Psicoactivas, a saber:

F10: trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de **alcohol**.

F11: trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de **opioides**.

F12: trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de **cannabinoides**.

F13: trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de **sedantes o hipnóticos**.

F14: trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de **cocaína**.

F15: trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de **otros estimulantes (incluida la cafeína)**. Los preparados psico-estimulantes anfetamínicos mas utilizados son la anfetamina, fentermina, clorfentermina y

metanfetamina base del grupo [MDMA], éxtasis (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1994)

F16: trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de **alucinógenos**.

F17: trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de **tabaco**.²

F18: trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de **disolventes volátiles**.

F19: trastornos mentales y del comportamiento debido al uso, en mezcla, de **múltiples drogas o de otras sustancias psicoactivas**.

- **Cuadros clínicos:** estados resultantes del consumo, reconocidos a partir de los signos y síntomas asentados como motivo de consulta y/o diagnóstico, que fue escrito por el médico de guardia o el médico que prestó la atención y posteriormente codificados por la investigadora, desde su mirada enfermera, con posterior consulta a un profesional médico, según el tercer, cuarto y quinto carácter (cuando fue posible) de la codificación de la [CIE X], a saber:

[F1x.0]: Intoxicación aguda: si en el registro del profesional figuraban los términos de: intoxicación, consumo o ingesta de una o varias de las sustancias psicoactivas consideradas por la [CIE X] en su apartado [F10-F19].

En cuanto al quinto carácter se consideró:

F1x.00 - Intoxicación aguda no complicada: cuando en el registro no apareció descrito ningún signo y/ o síntoma aclaratorio del diagnóstico o motivo de consulta realizado por el profesional.

F1x.01 - Intoxicación aguda con traumatismo o lesión corporal: si junto con el consumo de la o las sustancias, el profesional médico mencionaba la presencia de heridas de armas de fuego / blancas, heridas cortantes, cortes, caídas, traumatismo en una parte en particular del

² Se cita por ser parte de la Codificación, pero se aclara que el tabaco no es una sustancia objeto de esta investigación.

cuerpo, politraumatismo, golpiza, traumatismos múltiples, traumatismos por accidentes en vía pública.

F1x.02 Intoxicación aguda con otra complicación médica: si además del consumo de la o las sustancias, el profesional médico aclaraba la presencia de signos o síntomas clínicos que podían estar relacionados o no con la intoxicación, y que no implicaban algún tipo de traumatismo.³

F1x.04 Intoxicación aguda con distorsiones de la percepción: si el profesional registró junto con el consumo de la o las sustancias la presencia de alucinaciones y o ilusiones.

F1x05 Intoxicación aguda con coma: cuando el profesional médico registró como motivo de ingreso o diagnóstico médico la pérdida de conciencia a partir del consumo de una o varias de las sustancias consideradas como psicoactivas según la [CIE –X].

F1x06 Intoxicación aguda con convulsiones: cuando el profesional médico registró como motivo de ingreso o diagnóstico médico la presencia de convulsiones posterior al consumo de una o varias de las sustancias consideradas como psicoactivas según la [CIE–X].

[F1x.2] Consumo dependiente o síndrome de dependencia: cuando fue registrado como motivo de ingreso o diagnóstico, algunas de estas denominaciones relacionadas con la dependencia a una o varias sustancias psicoactivas: etilista, etilista con hemorragia digestiva, etilista de jerarquía, etilista crónico, con hepatopatía, hepatopatía crónica, hepatopatía alcohólica, síndrome ascítico edematoso; impregnación etílica, neuropatía alcohólica, ingesta de 2 litros

³Dado la disciplina de la autora, se consideró en forma general la sintomatología, sin discriminar si los signos/síntomas registrados estaban relacionados o no con la dosis, en especial cuando el nivel de consumo era alto

de vino diarios desde hace 30 años; adicto a la cocaína; encefalopatía alcohólica; paciente cocainómano; paciente alcohólico; adicto.

En cuanto al quinto caracter se consideró:

F1x.21 Síndrome de dependencia, en la actualidad en abstinencia en un medio protegido: cuando, además, el médico que prestó la atención registró que el consumo de la o las sustancias que generó la consulta fue realizado cuando la persona se encontraba en rehabilitación, en una granja o en un hospital.

F1x.24 Síndrome de dependencia con consumo actual de la sustancia: cuando, además, el profesional médico mencionaba algún signo/síntoma relacionado con el consumo de una o varias sustancias (parestesias, temblores gruesos, edemas, ascitis, mal estado general, debilidad generalizada, cirrosis, hemorragias, astenia, decaimiento, insomnio, temblor generalizado, distensión abdominal, sudor, sensación de frío después del consumo de alcohol, palpitaciones, mareos, alteración del sensorio, vómitos porráceos, dolor torácico, astenia de diez días de evolución; consulta porque quiere “dejar de tomar”, convulsiones, vómitos.

[F1x.3]: Síndrome de abstinencia o suspensión del consumo de una o más sustancias: si en el registro realizado por el médico que prestó la atención mencionó como motivo de consulta o diagnóstico médico: síndrome de abstinencia alcohólica; abstinencia alcohólica; temblores al dejar de tomar y / o consumir alcohol, abstinencia alcohólica aguda.

En cuanto al quinto caracter se consideró:

F1x.30 No complicado: cuando el médico que prestó la atención registró algún otro signo o síntoma relacionado con la abstinencia del el consumo de la o las sustancias y que generaron la consulta: vómitos, dolor abdominal, debilidad, palpitaciones, pérdida de la conciencia, verborrágico,

excitación psicomotriz, angustia, parestesias, agresivo, desorientado, alteración en el sensorio, temblores, inestabilidad en la marcha, gingivorragia, traumatismos.

F1x.31 Con convulsiones: si en el registro junto con el motivo de consulta y o diagnóstico médico de síndrome de abstinencia, apareció citada, como sintomatología, la presencia de convulsiones.

- **Intención de Consumo:** cuando el profesional médico, en el registro, aclaraba la finalidad del uso de la o las sustancias psicoactivas. Se consideró:

Autointoxicación: cuando mencionaba que el modo de uso de la o las sustancias psicoactivas identificadas con el tercer carácter (**F1x**), de la Codificación de la [CIE-10], era para autolesionarse con la finalidad de perder la vida. (J. C. Piola, comunicación personal, marzo de 2015)

Los registros fueron:

Intento de suicidio; intento de suicidio: ingesta de alcohol y cocaína durante tres días; es traído por familiares por intento de suicidio; intento de suicidio: se escapa de la casa; intento de suicidio, enfermedad bipolar; ingesta de 60 comprimidos de alprazolam; intento de suicidio ingesta de 30 comprimidos de metilfenidato; ingesta medicamentosa (se desconoce sustancia) con tres litros de cerveza; ingesta de 20 comprimidos de clonazepam ayer, hoy 20 comprimidos de clonazepam y 20 comprimidos de amitriptilina; ingesta de 10 comprimidos de diazepam y comprimidos de amoxicilina; ingesta de benzodiazepinas y 6 comprimidos de carbamazepina hace seis horas ; ingesta de 6 ó 7 comprimidos de alprazolam y algunas de litio; traída por familiares; ingesta de 10 comprimidos de diazepam; ingesta de 40 comprimidos de benzodiazepinas; ingesta de psicofármacos: 22 comprimidos de alprazolam; ingesta de psicofármacos por aparente intento de suicidio; ingesta medicamentosa: 20 comprimidos de risperidona y carbamazepina; cuarenta rivotril hace dos horas y tres cigarrillos de

marihuana; intento de suicidio: ingesta habitual de cocaína y corte de muñecas; ingesta de alcohol y clonazepam (tres intentos previos de ahorcamiento) crisis de angustia; ingesta de 6 carbamazepina; 14 mg. de clonazepam y fenobarbital; intoxicación con psicofármacos, rivotril 10 comprimidos; amitriptilina 25 mg. (8 Comp.)/ clonazepam 2 mg (10 comp) posible intento de suicidio; ingesta de psicofármacos con ideas de autoagresión; intoxicación con benzodiazepinas luego de una discusión familiar; intoxicación con benzodiazepinas por pérdida de trabajo; intento de suicidio: consumo intencional de benzodiazepinas; intoxicación medicamentosa: antecedentes de depresión; ingesta medicamentosa con herida cortante en pliegue de brazos; ingesta medicamentos: intento de autoagresión; intoxicación de benzodiazepinas y alcohol angustia por fallecimiento de familiar (dos intentos de suicidios anteriores); intento de suicidio: clonazepam 24 mg; nozinan 60 mg; proxetina 200 mg;

Consumo intencional: se consideraron a todos los otros registros donde el profesional médico, en el modo de consumo, no aclaraba como motivo la autolesión para quitarse la vida.

Perfil sociodemográfico

- **Usuarios de sustancias psicoactivas:** personas que vinieron voluntariamente o fueron traídas a realizar una consulta en los Servicios de Guardia de los Hospitales seleccionados y donde su motivo de consulta o diagnóstico médico fue el uso de sustancias psicoactivas, según el registro realizado por el médico de guardia o el médico que brindó la atención.
- **Perfil sociodemográfico:** se especificó a través de las características personales de lo que consultaron por consumo de sustancias psicoactivas y que fueron volcadas en los Registros de Admisión a los servicios a saber:

Edad: se agrupó en cuatro categorías, (Organización Mundial de la Salud [OMS]) dando lugar a la variable “**grupo etario**”, que tuvo la siguiente composición:

Adolescentes: hasta 17 años

Adultos jóvenes: de 18 a 35 años

Adultos maduros: de 36 a 65 años

Adultos mayores: más de 65 años

Se incluyó también:

Sin edad registrada: cuando no figuraba la información

Sexo: Femenino, Masculino

Lugar de Procedencia: espacio donde viv habitualmente el usuario teniendo en cuenta:

Distritos en que está dividida la ciudad de Rosario: Norte, Noroeste; Sur, Centro, Oeste; Sudoeste

Otras localidades: cuando el lugar de residencia no era la ciudad de Rosario

Vía Pública: calles, galerías comerciales, plazas, obras en construcción, parques públicos, bajo puentes, entre otros.

Se incluyó también:

No registrado: cuando no figuraba la información.

Consultas por consumo de sustancias psicoactivas [SPA]

- **Consultas:** acto médico brindado ante la solicitud de atención realizada por las personas que vinieron voluntariamente o fueron traídas al Servicio de Guardia de un hospital y que en base a la anamnesis, valoración física, exámenes complementarios y/ o métodos de control, el médico de guardia o el médico que brindó la atención

identificó el/los motivo/s de consulta y / o diagnóstico/s médico/s como consumo de sustancias psicoactivas realizando la terapéutica correspondiente.

- **Servicio de Guardia:** área dentro de la planta física de los Hospitales de Segundo Nivel de Atención de la Red de Servicios de Salud de la Municipalidad: seleccionados, con equipamiento, recursos materiales y recursos humanos en salud para resolver las consultas de personas o pacientes que podían ser:

Paciente ambulatorio: asiste por sus propios medios o es traído por patologías agudas o crónicas reagudizadas.

Paciente que se interna transitoriamente u hospitaliza: por decisión del médico que lo asiste ambulatoriamente en el Servicio, por derivación de otra institución o por ser traído por un servicio de emergencias pre-hospitalario.

- **Momento de la consulta:** incluyó:

Mes del año: enero a diciembre.

Día de la semana: se consideraron todos los días de la semana, agrupados en dos categorías:

Entre semana: cuando el momento de la consulta fue efectuado entre las [6] seis horas del día lunes hasta las [17:59] diecisiete horas, cincuenta y nueve minutos del día viernes.

Fin de semana: cuando el momento de la consulta fue efectuado desde las [18] dieciocho horas del día viernes hasta las [05:59] cinco y cincuenta y nueve minutos de la mañana del día lunes.

Turnos de trabajo del personal: período de seis horas que según el Convenio Colectivo de Trabajo [CCT] debe trabajar diariamente el profesional enfermero:

Mañana: 06 a 11:59 horas

Tarde: 12 a 17:59 horas

Vespertino: 18 a 23:59 horas

Noche: 00 a 05:59 horas

- **Modo de ingreso:** registro realizado por el médico de guardia o el médico que prestó la atención, donde identificó la forma de contacto entre la persona que consumió sustancias psicoactivas y el Servicio de Guardia. Incluyó:

Por sus propios medios: cuando la persona llegó deambulando al Servicio.

Traída en ambulancia (SIES/Servicio pre hospitalario privado): cuando la persona en razón de su situación clínica tuvo que ser trasladada hasta el Servicio de Guardia en una unidad dispuesta para tal fin, de dependencia privada o estatal.

Traída por familiares/vecinos/amigos/compañeros: cuando el círculo cercano a la persona que consumió sustancias psicoactivas dispuso lo necesario para acompañarla y /o llevarla a la consulta en el Servicio de Guardia alarmado por la situación en que se encontraba la persona.

Por derivación de servicios de salud: cuando la persona que consumió sustancias psicoactivas estando en otra institución de salud, requirió la atención que se brinda en un Servicio de Guardia de un hospital de mediana complejidad por su situación de moderada o severa gravedad, con o sin riesgo inminente de compromiso de vida.

Traída por la policía y / o Guardia Urbana [GUM]: cuando la persona por su situación clínica y por razones judiciales fue trasladada hasta el Servicio de Guardia, por una autoridad policial y o la Guardia Urbana de la ciudad.

- **Destino:** registro realizado por el médico de guardia o médico que brindó la atención indicando como finalizó la consulta de los usuarios de sustancias psicoactivas. Incluyó:

Alta: egreso del usuario de sustancias psicoactivas como resolución de la situación que generó la atención con o sin indicación de consultar al servicio de Salud Mental.

Alta voluntaria: egreso solicitado por el usuario de sustancias psicoactivas, o por un familiar o tutor, estando en conocimiento de los riesgos y dejando su decisión registrada en un documento a tal fin.

Internación transitoria: hospitalización del usuario de sustancias psicoactivas para aplicación de técnicas y procedimientos o tiempo de observación superior al tiempo considerado para una consulta ambulatoria en el Servicio de Guardia.

Derivación a otro servicios de salud: traslado a otro lugar dentro de la misma institución o a otras instituciones de la ciudad, luego de la identificación de una situación de moderada o severa gravedad, con o sin riesgo inminente de vida del usuario por el consumo de sustancias psicoactivas.

Fuga: egreso intempestivo del usuario de sustancias psicoactivas sin pasar por la firma de su retiro voluntario o el alta médica.

Fuga con aviso a policía: egreso intempestivo del usuario de sustancias psicoactivas sin pasar por la firma de su retiro voluntario o el alta médica y que por su situación judicial requirió que se informara a la autoridad policial.

IV – 1.7 - Instrumento de Recolección de Datos

Se utilizaron las planillas de Admisión a los Servicios de Guardia, donde figuraban los Registros de Consultas realizadas durante el año 2008 en los tres hospitales seleccionados. Se encontraban en el Servicio de Estadística de cada hospital y se accedieron a los mismos luego de la autorización correspondiente.

Durante el año 2008, el Departamento de Estadística de la Municipalidad de Rosario, proponía un único registro para los Servicios de Guardia de los efectores de la Red, que se comenzó a utilizar a mediados de año (julio concretamente). En el Hospital Intendente Gabriel Carrasco y en el Hospital "Dr. Juan Bautista Alberdi" se recuperaron los registros desde dos tipos de formulario (histórico y nuevo) mientras que en el Hospital Roque Sáenz Peña, como aún no se había comenzado a utilizar el nuevo registro, la información se obtuvo sólo de las hojas con el formato histórico. **(ANEXO IV)**

La modificación más relevante fue que en las nuevas planillas los registros estaban confeccionados de tal modo que el profesional a cargo de la atención, sólo tenía que tildar lo que correspondía en cuanto a "Motivo de Consulta"; "Antecedentes"; "Trauma"; "Procedimientos" "Parámetros Vitales"; "Laboratorio"; "Radiología" e "Interconsultas". Continuaron siendo abierto los ítem: "Diagnóstico"; "Examen físico/Enfermedad actual" e "Indicaciones Médicas".

Si bien en el Proyecto de esta investigación se habían determinado más variables a tener en cuenta para caracterizar el "perfil socio demográfico" de las personas que consultaban o eran traídas al Servicio por consumo de sustancias psicoactivas, la limitación propia de los registros centró este perfil en "*edad y grupo etario*"; "*sexo*"; y "*distrito de procedencia (a partir del domicilio que figuraba en el registro)*".

En todos los registros figuraba el ítem "motivo de consulta" o "diagnóstico" (principal/secundario) o ambos en donde el médico que prestó la atención aclaraba que uno u otro, o ambos, fueron por consumo de sustancias, mencionando en algunos casos el patrón de consumo, el cuadro clínico y la sustancia o sustancias consumidas. En todos los casos se consideraron sólo los registros rubricados por el profesional que realizó la prestación.

En cuanto a las "características de la consulta", también limitadas por el instrumento, se consideró el momento, que incluyó mes, día de la semana y el horario de

ingreso categorizado según turnos de trabajo del personal (mañana, tarde, vespertino, noche).

Para el modo de ingreso a la consulta se tomaron en cuenta si lo habían hecho por sus propios medios, traído por familiares/vecinos/amigos/compañeros; por derivación de Servicios de Salud; en ambulancia (SIES/Servicio pre hospitalario privado); por la policía y / o Guardia Urbana [GUM].

El destino o finalización de la consulta fue considerado, según había sido registrado por el profesional médico: alta (con o sin pedido de consulta al Servicio de Salud Mental), alta voluntaria, internación transitoria, derivación a otro servicio (dentro de la misma institución o fuera), fuga y si por esa fuga hubo que dar aviso a la autoridad policial.

IV – 1.8 - Técnicas de recolección de datos

Se tuvo acceso a los registros o planillas de Admisión al Servicio de Guardia, de cada hospital, luego de la solicitud por escrito y entrevista personal de la autora de este trabajo, con la Dirección Médica de cada hospital, quien en todos los casos autorizó la tarea.

Los registros estaban en el Servicio de Estadística, cuya jefatura iba entregando a la autora, en los horarios de funcionamiento del Servicio, las carpetas con los formularios, mes a mes, tanto de la Consultas a la Guardia como los registros de Internación Transitoria.

El trabajo fue hecho totalmente en forma “artesanal”, ya que en ese momento no había un programa informatizado que permitiera la obtención de los datos que se pretendían recabar.

La autora junto con la estadística que asesoró la investigación en esta primer parte, Estadística Ana Pendino, construyeron una “planilla de volcado de datos” donde

figuraban los rubros a considerar y que luego, en el campo, fueron completados en forma manual en cada hospital. **(ANEXO V)**

Luego de la recolección artesanal, la autora volcó los datos en planillas Excel para su posterior análisis estadístico. Para preservar la identidad de la persona, una vez levantado el dato del domicilio real (calle y numeración), se utilizó el "Info-Mapa" de la página web de la Municipalidad de Rosario www.rosario.gov.ar, para consultar a qué Distrito pertenecía la persona que había consultado y se volcaba esa información según correspondiera (Distrito Norte, Sur, Sudoeste, Centro, Norte, Noroeste) anulando el domicilio real de la persona. Cuando se identificó que el domicilio no pertenecía a la ciudad de Rosario, se subsumieron las referencias señalando a las personas como provenientes de "otras localidades". Los usuarios de sustancias que consultaron o fueron traídos, que vivían en espacios públicos (*homeless*) se las mencionó como provenientes de "vía pública".

El período de recolección de datos de estos registros fue de lunes a viernes desde el 22 de enero al 23 de febrero de 2009.

IV – 1.9 - Personal a cargo de la recolección de datos

Estuvo a cargo de la autora de este trabajo y en dos hospitales contó con la colaboración de la Lic. Nydia Caimi⁴, y la Dra. Graciela Caffarena⁵ a quienes se capacitó en la recolección. Antes de iniciar la tarea, la investigadora compartió con las citadas profesionales, los objetivos e hipótesis de la investigación así como los antecedentes del problema en estudio. Se explicaron y fundamentaron los indicadores seleccionados para alcanzar los objetivos del estudio y concretamente el instrumento de recolección de datos. Se acordaron siglas, modo de volcar la información así como las consideraciones éticas legales atinentes al manejo de información personal y de salud. En todos los casos

⁴ *Licenciada en Enfermería, ex integrante de la Dirección de Enfermería de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario*

⁵ *Doctora en Medicina, ex Profesora Titular de la cátedra de Microbiología, carrera de Medicina, FCM, UNR*

la autora y las profesionales mencionadas, trabajaron en forma conjunta lo que permitió la resolución de dudas en el propio terreno.

IV – 1.10 - Aspectos ético-legales

Se realizaron los trámites correspondientes y se logró en forma escrita la autorización y aprobación de la realización de la investigación en las instituciones involucradas. Se elevó el Proyecto al Comité de Docencia e Investigación de cada hospital, cuando fue solicitado, o sólo una nota solicitando la autorización a la Dirección y Vice Dirección Médica de cada hospital.

La tesista realizó con la autoridad de cada hospital una entrevista para aclarar aspectos del trabajo de campo que se iba a realizar. La confirmación del permiso solicitado retrasó en algunos meses la iniciación de la recolección de datos. Luego de la autorización, y por pedido de las autoridades, se elevó una copia de la nota a las distintas Jefatura de los Servicios de Estadística de cada hospital, que fue entregada por la autora en mano, para lograr la autorización correspondiente y concretar aspectos de la propia dinámica de recolección en terreno.

Dentro de los recaudos éticos del proceso de investigación, se asumió el compromiso de disociar los datos que se obtuvieron, a los fines de su tratamiento y teniendo en cuenta lo señalado en la Ley 25326 de Protección de los Datos Personales (Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, 2000).

IV – 1.11 - Análisis estadístico

Los datos fueron volcados por la autora en una planilla Excel, versión 2013 con los aplicativos del mismo programa y la colaboración del Ingeniero Manuel Di Nucci. La presentación descriptiva de los hallazgos se realizó a través de gráficos y tablas de frecuencia con los porcentajes correspondientes.

IV – 2 - PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

IV - 2.1 - Datos grupales según Registro de Consultas de Usuarios de Sustancias Psicoactivas [SPA] a los Servicios de Guardia de los tres Hospitales Rosario, 2008 [n= 670]

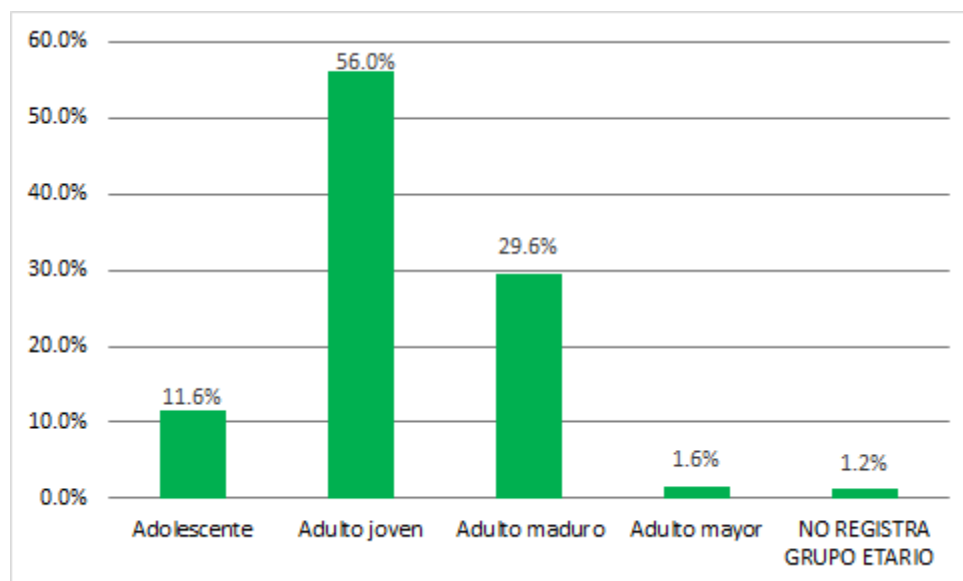
IV - 2.1.1 - Perfil Sociodemográfico de los Usuarios [SPA]

Tabla 2: Usuarios de [SPA] que consultaron a los Servicios de Guardia de los tres Hospitales, según Grupo Etario. Rosario, 2008

GRUPO ETARIO	PORCENTAJE	CANTIDAD DE REGISTROS DE CONSULTAS
Adolescente	11.6%	78
Adulto joven	56.0%	375
Adulto maduro	29.6%	198
Adulto mayor	1.6%	11
No registra grupo etario	1.2%	8
Total	100.0%	670

Fuente. Servicio de Guardia, Hospital Juan B. Alberdi; Intendente Gabriel Carrasco y Roque Sáenz Peña. Servicio de Estadística (2009), Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

Figura 3. Usuarios de [SPA] que consultaron a los Servicios de Guardia de los tres Hospitales, según Grupo Etario. Rosario, 2008.



Fuente. Servicio de Guardia, Hospital Juan B. Alberdi; Intendente Gabriel Carrasco y Roque Sáenz Peña. Servicio de Estadística (2009), Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

Más de la mitad de las consultas por consumo de [SPA] fueron realizadas por adultos jóvenes (entre 18 a 35 años) [56%]. Le siguieron en proporción los adultos maduros (36 a 65 años) [30%] y adolescentes o menores de 18 años [12%]. (Tabla 2)

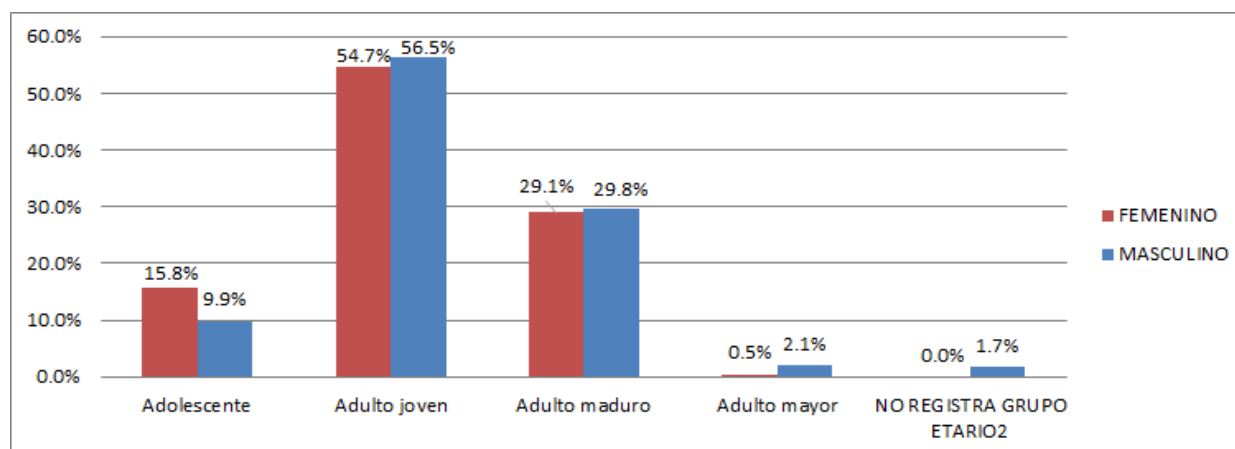
Grupo etario* Sexo

Tabla 3: Usuarios de [SPA] que consultaron a los Servicios de Guardia de los tres Hospitales, según Sexo y Grupo Etario. Rosario, 2008

GRUPO ETARIO	FEMENINO	MASCULINO	PORCENTAJE	CANTIDAD DE REGISTROS DE CONSULTAS
Adolescente	15.8%	9.9%	11.6%	78
Adulto joven	54.7%	56.5%	56.0%	375
Adulto maduro	29.1%	29.8%	29.6%	198
Adulto mayor	0.5%	2.1%	1.6%	11
No registra grupo etario	0.0%	1.7%	1.2%	8
Total	100.0%	100.0%	100.0%	670

Fuente. Servicio de Guardia, Hospital Juan B. Alberdi; Intendente Gabriel Carrasco y Roque Sáenz Peña. Servicio de Estadística (2009), Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

Figura 4. Usuarios de [SPA] que consultaron a los Servicios de Guardia de los tres Hospitales, según Sexo y Grupo Etario. Rosario, 2008.



Fuente. Servicio de Guardia, Hospital Juan B. Alberdi; Intendente Gabriel Carrasco y Roque Sáenz Peña. Servicio de Estadística (2009), Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

Según la Tabla 3 y Figura 4 en todos los grupos etarios fueron mayores las consultas de usuarios de sexo masculino, siendo la excepción, los adolescentes [16% vs 10%].

Grupo etario* Lugar de procedencia

Tabla 4: Usuarios de [SPA] que consultaron a los Servicios de Guardia de los tres Hospitales, según Lugar de Procedencia y Grupo etario. Rosario, 2008.

LUGAR DE PROCEDENCIA	ADOLESCENTE	ADULTO JOVEN	ADULTO MADURO	ADULTO MAYOR	NO REGISTRA GRUPO ETARIO	PORCENTAJE	CANTIDAD DE REGISTROS DE CONSULTAS
Oeste	24.4%	20.8%	20.7%	18.2%	12.5%	21.0%	141
Norte	23.1%	17.1%	15.2%	9.1%	12.5%	17.0%	114
Sur	14.1%	15.2%	21.2%	18.2%	12.5%	16.9%	113
No registra lugar de procedencia	16.7%	13.9%	14.6%	9.1%	62.5%	14.9%	100
Sudoeste	12.8%	12.8%	12.1%	18.2%	0.0%	12.5%	84
Noroeste	9.0%	11.7%	9.6%	18.2%	0.0%	10.7%	72
Centro	0.0%	5.6%	4.5%	9.1%	0.0%	4.6%	31
Otras Localidades	0.0%	2.7%	1.0%	0.0%	0.0%	1.8%	12
Vía Pública	0.0%	0.3%	1.0%	0.0%	0.0%	0.4%	3
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	670

Fuente. Servicio de Guardia, Hospital Juan B. Alberdi; Intendente Gabriel Carrasco y Roque Sáenz Peña. Servicio de Estadística (2009), Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

Más del [50%] de los que consultaron provenían, en orden decreciente, de los Distritos Oeste, Norte y Sur.

El grupo de los adultos (jóvenes, maduros y mayores) consultaron o fueron traídos desde todos los Distritos. (Tabla 4)

IV - 2.1.2 - Consultas de los Usuarios de [SPA]

Momento de la consulta* mes y día de la semana

Tabla 5: Usuarios de [SPA] que consultaron a los Servicios de Guardia de los tres hospitales, según mes y día de la semana (categorizado en fin de semana y entre semana). Rosario, 2008.

MES	ENTRE SEMANA	FIN DE SEMANA	PORCENTAJE	CANTIDAD DE REGISTROS DE CONSULTAS
Enero	14.4%	7.0%	10.4%	70
Febrero	8.0%	7.6%	7.8%	52
Marzo	7.7%	11.2%	9.6%	64
Abril	11.2%	7.3%	9.1%	61
Mayo	6.4%	4.8%	5.5%	37
Junio	8.3%	10.6%	9.6%	64
Julio	5.8%	5.9%	5.8%	39
Agosto	6.7%	10.6%	8.8%	59
Septiembre	6.1%	7.6%	6.9%	46
Octubre	7.7%	9.0%	8.4%	56
Noviembre	6.7%	10.1%	8.5%	57
Diciembre	11.2%	8.4%	9.7%	65
Total	100.0%	100.0%	100.0%	670

Fuente. Servicio de Guardia, Hospital Juan B. Alberdi; Intendente Gabriel Carrasco y Roque Sáenz Peña. Servicio de Estadística (2009), Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

En todos los meses del año se registraron consultas por consumo de [SPA]. Considerando los días de la semana, agrupados en “fin de semana” o “entre semana”, la cantidad de consultas que se hicieron en el año durante el “fin de semana” fueron levemente superiores. [53% vs 47%].

Sólo en cuatro meses, enero [63%], abril [57%], mayo y diciembre [54%] las consultas “entre semana” fueron mayores que en el resto de los meses. (Tabla 5)

Momento de la consulta* turno de trabajo y día de la semana

Tabla 6: Usuarios de [SPA] que consultaron a los Servicios de Guardia de los tres hospitales, según día de la semana (categorizado en fin de semana y entre semana) y turno de trabajo de los profesionales enfermeros. Rosario, 2008.

DÍA SEMANA / TURNO TRABAJO	MAÑANA	TARDE	VESPERTINO	NOCHE	NO REGISTRA TURNO DE TRABAJO	PORCENTAJE	CANTIDAD DE REGISTROS DE CONSULTAS
Entre Semana	21.7%	25.6%	30.4%	15.7%	6.7%	100.0%	313
Fin de Semana	17.6%	18.8%	23.2%	35.6%	4.8%	100.0%	357
Total	19.6%	21.9%	26.6%	26.3%	5.7%	100.0%	670

Fuente. Servicio de Guardia, Hospital Juan B. Alberdi; Intendente Gabriel Carrasco y Roque Sáenz Peña. Servicio de Estadística (2009), Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

En todos los turnos, tanto “entre semana” como durante el “fin de semana” ingresaron consultas por consumo.

“Entre semana”, en el turno vespertino (18-24 horas) se produjo la mayor cantidad de consultas [30%] y la menor en el turno noche (00-06 horas) [16%].

En el “fin de semana” el turno de menor afluencia de consultas fue la mañana (06-12 horas) [18%] y el de más consultas fue la noche [36%]. (Tabla 6)

Momento de la consulta* modo de ingreso

Tabla 7: Usuarios de [SPA] que consultaron a los Servicios de Guardia de los tres hospitales, según Modo de Ingreso. Rosario, 2008.

MODO DE INGRESO	PORCENTAJE	CANTIDAD DE REGISTROS DE CONSULTAS
Por sus propios medios	72.8%	488
Traído por familiares/amigos/vecinos	17.2%	115
Traído en ambulancia por SIES/servicios privados	6.7%	45
Traído por policía/guardia urbana	2.2%	15
Por derivación de servicios de salud	1.0%	7
Total	100.0%	670

Fuente. Servicio de Guardia, Hospital Juan B. Alberdi; Intendente Gabriel Carrasco y Roque Sáenz Peña. Servicio de Estadística (2009), Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

La mayoría de los que consultaron por consumo de [SPA] llegaron a la institución de salud por sus propios medios [73%] seguidos en orden de frecuencia por quienes fueron traídos por su entorno más cercano [17%]. (Tabla 7)

Momento de la consulta* Modo de ingreso y destino

Tabla 8: Usuarios de [SPA] que consultaron a los Servicios de Guardia de los tres hospitales, según Modo de Ingreso y Destino. Rosario, 2008.

MODO DE INGRESO / DESTINO	ALTA CON O SIN INDICACIÓN DE CONSULTA CON SALUD MENTAL	INTERNACION TRANSITORIA	FUGA	DERIVACIÓN A OTRO SERVICIO DE SALUD	ALTA VOLUNTARIA	FUGA CON AVISO A LA POLICÍA	PORCENTAJE	CANTIDAD DE REGISTROS DE CONSULTAS
Por sus propios medios	55.1%	37.1%	4.3%	2.3%	0.8%	0.4%	100.0%	488
Traído por familiares/amigos/vecinos	24.3%	57.4%	7.8%	6.1%	4.3%	0.0%	100.0%	115
Traído en ambulancia por SIES/servicios privados	8.9%	66.7%	2.2%	17.8%	2.2%	2.2%	100.0%	45
Traído por policía/guardia urbana	13.3%	66.7%	0.0%	13.3%	0.0%	6.7%	100.0%	15
Por derivación de servicios de salud	28.6%	28.6%	14.3%	28.6%	0.0%	0.0%	100.0%	7
Total	45.5%	43.1%	4.8%	4.5%	1.5%	0.6%	100.0%	670

Fuente. Servicio de Guardia, Hospital Juan B. Alberdi; Intendente Gabriel Carrasco y Roque Sáenz Peña. Servicio de Estadística (2009), Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

Los usuarios de [PSA] que consultaron, independientemente del modo que ingresaron, fueron, en mayor frecuencia dados de alta con o sin indicación de consulta posterior con el Servicio de Salud Mental [45 %] o dejado en Internación Transitoria para su observación [43%].

Aquellos que llegaron por sus propios medios, en mayor frecuencia [55%] se retiraron con alta médica, con o sin indicación de regresar para la consulta de Salud Mental.

Cuando la expresión del consumo produjo sintomatología que desencadenó que fueran traídos de una u otra forma (entorno cercano, en ambulancia, por fuerzas de seguridad) el destino de la consulta que se dio en mayor proporción fue quedar en observación en "Internación Transitoria" [57%].

Cuando las consultas eran generadas por otros Servicios de Salud (por ejemplo Centros de Salud) la finalización o destino en igual porcentaje [29%] fueron el alta, la

internación transitoria o la derivación a otro servicio, generalmente de otra complejidad.

(Tabla 8)

IV - 2.1.3 - Consumo de [SPA] o patrón de consumo

Patrón de consumo o [SPA] consumidas* sexo

Tabla 9: Usuarios de [SPA] que consultaron a los Servicios de Guardia de los tres hospitales, según sustancia consumida y sexo. Rosario, 2008

CIE-X 3er CARACTER	SUSTANCIA / SEXO	MASCULINO	FEMENINO	PORCENTAJE	CANTIDAD DE REGISTROS DE CONSULTAS
F10	Alcohol	49.3%	34.5%	44.8%	300
F14	Cocaína	34.9%	14.3%	28.7%	192
F13	Sedantes o Hipnóticos	8.4%	37.4%	17.2%	115
F19	Múltiples drogas o sustancias	4.3%	11.3%	6.4%	43
F12	Cannabinoideos	2.4%	1.0%	1.9%	13
F15	Otros estimulantes	0.0%	1.0%	0.3%	2
F16	Alucinógenos	0.4%	0.0%	0.3%	2
F18	Disolventes volátiles	0.2%	0.5%	0.3%	2
F11	Opiodeos	0.2%	0.0%	0.1%	1
Total		100.0%	100.0%	100.0%	670

Fuente. Servicio de Guardia, Hospital Juan B. Alberdi; Intendente Gabriel Carrasco y Roque Sáenz Peña. Servicio de Estadística (2009), Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

Las sustancias que generaron más consultas fueron, en primer lugar el alcohol (F10) seguido de la cocaína (F14) y de los sedantes o hipnóticos (F13).

Se identifica que en los hombres las sustancias más consumidas fueron el alcohol [49%] y la cocaína [35%] mientras que en las mujeres, los sedantes o hipnóticos [37%] y alcohol [34%]. En cuanto a la tercer sustancia con mayor porcentaje de consumo que generó las consultas, en el sexo masculino fueron los sedantes [8%] y en el sexo femenino la cocaína [14%].

Como otro dato, las mujeres de la muestra no consumieron alucinógenos ni opiodeos mientras que los hombres no consumieron otros estimulantes (éxtasis). (Tabla 9)

Patrón de consumo o [SPA] consumidas* grupo etario

Tabla 10: Usuarios de [SPA] que consultaron a los Servicios de Guardia de los tres hospitales, según sustancias más consumidas y grupo etario. Rosario, 2008.

CIE-X 3er CARACTER	SUSTANCIA / GRUPO ETARIO	ADOLESCENTE	ADULTO JOVEN	ADULTO MADURO	ADULTO MAYOR	NO REGISTRA GRUPO ETARIO	PORCENTAJE	CANTIDAD DE REGISTROS DE CONSULTAS
F10	Alcohol	54.1%	34.2%	72.6%	81.8%	85.7%	49.4%	300
F14	Cocaína	21.3%	47.4%	8.6%	0.0%	14.3%	31.6%	192
F13	Sedantes o Hipnóticos	24.6%	18.4%	18.8%	18.2%	0.0%	18.9%	115
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	607

Fuente. Servicio de Guardia, Hospital Juan B. Alberdi; Intendente Gabriel Carrasco y Roque Sáenz Peña. Servicio de Estadística (2009), Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

Teniendo en cuentas las sustancias más consumidas, el alcohol se presentó en todos los grupos etarios con la mayor frecuencia, a excepción de los adultos jóvenes, donde lo fue la cocaína [84%], transformándose en el mayor porcentaje de consumo de una sustancia en todos los grupos. (Tabla 10)

Patrón de consumo o [SPA] consumidas* modo de ingreso

Tabla 11: Usuarios de [SPA] que consultaron a los Servicios de Guardia de los tres hospitales, según sustancias más consumidas y modo de ingreso. Rosario, 2008.

CIE-X 3er CARACTER	SUSTANCIA / MODO DE INGRESO	POR SUS PROPIOS MEDIOS	TRAÍDO POR FAMILIARES / AMIGOS/ VECINOS	TRAÍDO EN AMBULANCIA POR SIES/ SERVICIOS PRIVADOS	TRAÍDO POR POLICÍA /GUARDIA URBANA	POR DERIVACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	PORCENTAJE	CANTIDAD DE REGISTROS DE CONSULTAS
F10	Alcohol	69.7%	16.0%	9.3%	4.0%	1.0%	100.0%	300
F14	Cocaína	90.6%	6.3%	2.6%	0.0%	0.5%	100.0%	192
F13	Sedantes o Hipnóticos	53.9%	37.4%	7.0%	0.0%	1.7%	100.0%	115
Total		73.3%	17.0%	6.8%	2.0%	1.0%	100.0%	607

Fuente. Servicio de Guardia, Hospital Juan B. Alberdi; Intendente Gabriel Carrasco y Roque Sáenz Peña. Servicio de Estadística (2009), Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

En las tres sustancias, más consumidas, los usuarios ingresaron, en mayor proporción por sus propios medios [73%].

Casi todos [90%] los consumidores de cocaína vinieron espontáneamente o por sus propios medios.

En las consultas por consumo de sedantes o hipnóticos se observó la menor diferencia entre ingresos por sus propios medios y traídos por su entorno próximo [54% vs 38 %]

Otro dato fue que sólo el consumo de alcohol requirió que los usuarios [4%] fueran traídos por la policía o la Guardia Urbana. (Tabla 11)

Patrón de consumo o [SPA] consumidas* destino

Tabla 12: Usuarios de [SPA] que consultaron a los Servicios de Guardia de los tres hospitales, según sustancias más consumidas y destino. Rosario, 2008.

CIE-X 3er CARACTER	SUSTANCIA / DESTINO	ALTA CON O SIN INDICACION DE CONSULTA CON SALUD MENTAL	INTERNACIÓN TRANSITORIA	FUGA	DERIVACIÓN A OTRO SERVICIO DE SALUD	ALTA VOLUNTARIA	FUGA CON AVISO A LA POLICÍA	PORCENTAJE	CANTIDAD DE REGISTROS DE CONSULTAS
F10	Alcohol	40.7%	45.7%	5.7%	6.0%	1.7%	0.3%	100.0%	300
F14	Cocaína	67.2%	23.4%	5.7%	1.0%	1.6%	1.0%	100.0%	192
F13	Sedantes o Hipnóticos	20.9%	70.4%	3.5%	5.2%	0.0%	0.0%	100.0%	115
Total		45.3%	43.3%	5.3%	4.3%	1.3%	0.5%	100.0%	607

Fuente. Servicio de Guardia, Hospital Juan B. Alberdi; Intendente Gabriel Carrasco y Roque Sáenz Peña. Servicio de Estadística (2009), Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

Los usuarios de alcohol [46%] y sedantes o hipnóticos [70%] fueron los que más requirieron quedar en observación o en internación transitoria. En cambio los consumidores de cocaína [67%] fueron mayormente dados de alta con o sin consulta con el Servicio de Salud Mental.

No se registran altas voluntarias o fugas en los usuarios de sedantes o hipnóticos, eventos que generados en igual porcentaje aquellos que consumieron cocaína y alcohol [6%]. (Tabla 12)

Patrón de consumo o [SPA] consumidas* intención del consumo

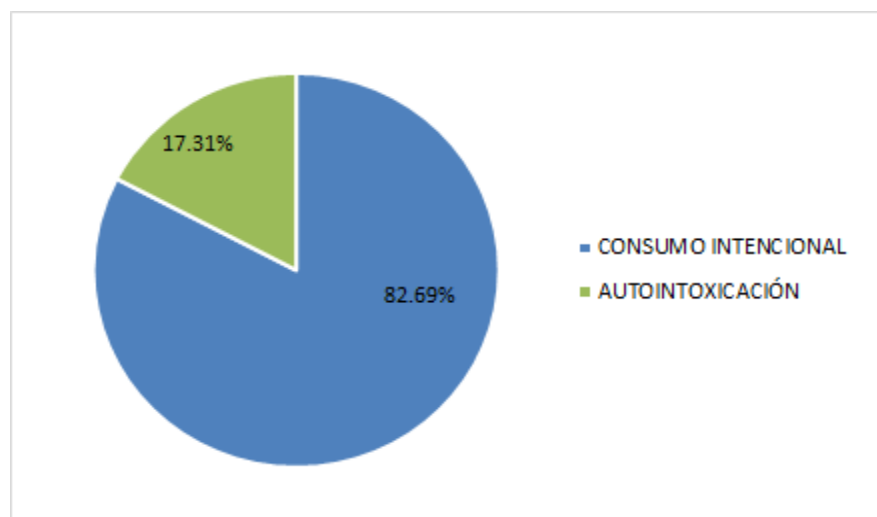


Figura 5. Usuarios de [SPA] que consultaron a los Servicios de Guardia de los tres hospitales, según intención del consumo. Rosario, 2008.

Fuente. Servicio de Guardia, Hospital Juan B. Alberdi; Intendente Gabriel Carrasco y Roque Sáenz Peña. Servicio de Estadística (2009), Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

La Figura 5 muestra que la mayoría de los que consumieron [SPA] y que luego tuvieron que recurrir a la consulta en los Servicios de Guardia hospitalarios lo hicieron sin tener la finalidad de autoagredirse para terminar con su vida [83% vs 17%].

Tabla 13: Usuarios de [SPA] que consultaron a los Servicios de Guardia de los tres hospitales, según sustancia consumida e intención del consumo. Rosario, 2008.

SUSTANCIA / INTENCIÓN DEL CONSUMO	CONSUMO INTENCIONAL	AUTOINTOXICACIÓN
Alcohol	52.5%	7.8%
Cocaína	33.8%	4.3%
Sedantes o Hipnóticos	6.5%	68.1%
Múltiples drogas o sustancias	3.8%	19.0%
Cannabinoideos	2.3%	0.0%
Otros estimulantes	0.2%	0.9%
Alucinógenos	0.4%	0.0%
Disolventes volátiles	0.4%	0.0%
Opiodeos	0.2%	0.0%
Total	100.0%	100.0%

Fuente. Servicio de Guardia, Hospital Juan B. Alberdi; Intendente Gabriel Carrasco y Roque Sáenz Peña. Servicio de Estadística (2009), Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

Los registros de consultas por consumo de [SPA] mostraron que las más utilizadas con la finalidad de autointoxicarse fueron los sedantes o hipnóticos [68%] y la mezcla de múltiples sustancias o drogas [19%]. (Tabla 13)

Patrón de consumo de Sustancias [PSA], según intención * sexo

Tabla 14: Usuarios de [SPA] que consultaron a los Servicios de Guardia de los tres hospitales, según intención del consumo y sexo. Rosario, 2008.

INTENCIÓN CONSUMO / SEXO	MASCULINO	FEMENINO	PORCENTAJE
Consumo Intencional	93.6%	57.6%	82.7%
Autointoxicación	6.4%	42.4%	17.3%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente. Servicio de Guardia, Hospital Juan B. Alberdi; Intendente Gabriel Carrasco y Roque Sáenz Peña. Servicio de Estadística (2009), Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

En relación al consumo con la finalidad de quitarse la vida, las mujeres alcanzaron la mayor proporción. (42% vs 6%) (Tabla 14)

Patrón de consumo o [SPA] consumidas según intención* grupo etario

Tabla 15: Usuarios de [SPA] que consultaron a los Servicios de Guardia de los tres hospitales, según intención del consumo y grupo etario. Rosario, 2008.

INTENCIÓN CONSUMO / GRUPO ETARIO	ADOLESCENTE	ADULTO JOVEN	ADULTO MADURO	ADULTO MAYOR	NO REGISTRA GRUPO ETARIO	PORCENTAJE
Consumo Intencional	11.4%	57.0%	28.7%	1.6%	1.3%	100.0%
Autointoxicación	12.9%	50.9%	33.6%	1.7%	0.9%	100.0%
Total	11.6%	56.0%	29.6%	1.6%	1.2%	100.0%

Fuente. Servicio de Guardia, Hospital Juan B. Alberdi; Intendente Gabriel Carrasco y Roque Sáenz Peña. Servicio de Estadística (2009), Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

En todos los grupos etarios hubo consumo para autointoxicarse. Los adultos jóvenes fueron los que más usaron las [SPA] para ese fin [50%] seguido de los adultos maduros [33%], adolescentes [13%] y adultos mayores [2%]. (Tabla 15)

Patrón de consumo o [SPA] consumidas* Cuadros clínicos según 4to carácter del Capítulo V de la [CIE-X]

Tabla 16: Usuarios de [SPA] que consultaron a los Servicios de Guardia de los tres hospitales, según cuadros clínicos. Rosario, 2008.

CUADRO CLÍNICO	PORCENTAJE
Intoxicación aguda	82.1%
Intoxicación aguda por alcohol	34.9%
Intoxicación aguda por cocaína	32.7%
Intoxicación aguda por sedantes o hipnóticos	22.2%
Intoxicación aguda por múltiples drogas o sustancias	6.9%
Intoxicación aguda por cannabinoides o marihuana	2.2%
Intoxicación aguda por otros estimulantes	0.4%
Intoxicación aguda por alucinógenos	0.4%
Intoxicación aguda por disolventes volátiles	0.4%
Síndrome de abstinencia	9.6%
Síndrome de abstinencia por alcohol	92.2%
Síndrome de abstinencia por cocaína	3.1%
Síndrome de abstinencia por cannabinoides o marihuana	1.6%
Síndrome de abstinencia por opiáceos	1.6%
Síndrome de abstinencia por múltiples drogas o sustancias	1.6%
Síndrome de dependencia	8.4%
Síndrome de dependencia por alcohol	94.6%
Síndrome de dependencia por sedantes o hipnóticos	3.6%
Síndrome de dependencia por cocaína	1.8%
Total	100.0%

Fuente. Servicio de Guardia, Hospital Juan B. Alberdi; Intendente Gabriel Carrasco y Roque Sáenz Peña. Servicio de Estadística (2009), Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

En la Tabla 16 se identifica que el cuadro clínico que más se presentó en la totalidad de usuarios que consultaron por consumo de [PSA] en los tres hospitales fue la "intoxicación aguda" [82%] en porcentajes mucho menores, "síndrome de abstinencia" [10%] y "síndrome de dependencia" [8%].

En relación a las sustancias que provocaron el cuadro de "intoxicación aguda", luego del alcohol, la cocaína y los sedantes o hipnóticos, aparecieron en cuarto lugar la ingesta de múltiples drogas o sustancias en un cuarto lugar la intoxicación aguda ocasionada por las mezclas que hicieron los usuarios con múltiples sustancias o drogas [7%].

El alcohol fue el que, en mayor proporción provocó síndrome de abstinencia [92%] y síndrome de dependencia [95%].

Patrón de consumo o [SPA] consumidas* Intoxicación aguda con evolución según el 5to. caracter Capítulo V de la [CIE-X]

Tabla 17: Usuarios de [SPA] más consumidas que consultaron a los Servicios de Guardia de los tres hospitales, según intoxicación aguda y evolución. Rosario, 2008.

INTOXICACIÓN AGUDA SEGÚN CIE-X Y EVOLUCIÓN	PORCENTAJE
Intoxicación aguda por alcohol	38.9%
Intoxicación aguda por alcohol con otra complicación médica	46.4%
Intoxicación aguda por alcohol sin complicaciones	29.7%
Intoxicación aguda por alcohol con lesión o traumatismo corporal	19.3%
Intoxicación aguda por alcohol con convulsiones	2.6%
Intoxicación aguda por alcohol con distorsión de la percepción	1.0%
Intoxicación aguda por alcohol con coma	1.0%
Intoxicación aguda por cocaína	36.4%
Intoxicación aguda por cocaína con otra complicación médica	75.0%
Intoxicación aguda por cocaína sin complicaciones	20.0%
Intoxicación aguda por cocaína con lesión o traumatismo corporal	2.8%
Intoxicación aguda por cocaína con convulsiones	1.1%
Intoxicación aguda por cocaína con consumo actual de la sustancia	0.6%
Intoxicación aguda por cocaína con distorsión de la percepción	0.6%
Intoxicación aguda por sedantes o hipnóticos	24.7%
Intoxicación aguda por sedantes o hipnóticos sin complicaciones	61.5%
Intoxicación aguda por sedantes o hipnóticos con otra complicación médica	36.1%
Intoxicación aguda por sedantes o hipnóticos con lesión o traumatismo corporal	2.5%
Total	100.0%

Fuente. Servicio de Guardia, Hospital Juan B. Alberdi; Intendente Gabriel Carrasco y Roque Sáenz Peña. Servicio de Estadística (2009), Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

Según el 5^{to} caracter, el cuadro de intoxicación aguda por alcohol (F10.0), evolucionó mayoritariamente con el agregado de otra complicación médica (F10.02) ya que el médico tratante registró la aparición de signos y síntomas que podían estar o no relacionados con el consumo de la sustancia [46%]. Luego se registró la intoxicación aguda sin complicaciones (F10.00) [30%] y la intoxicación aguda con el agregado de lesión o traumatismo (F10.01) [19%].

Los usuarios que consultaron por intoxicación aguda con cocaína (F14.0) también evolucionaron en mayor frecuencia con el agregado de otra sintomatología médica (F14.02)[75%]; sin complicaciones (F14.00)[20%] y con lesión o traumatismo corporal (F14.01) en un porcentaje mucho menor [3%].

Los consumidores de sedantes o hipnóticos presentaron intoxicación aguda (F13.0) que en mayor frecuencia evolucionó sin complicaciones (F13.00) [61%], luego intoxicación con otra complicación médica (F13.02) [36%] y por último con alguna lesión o traumatismo (F13.01) [2,5%]. (Tabla 17)

Patrón de consumo o [SPA] más consumidas * Síndrome de abstinencia con evolución según 5^{to}. Caracter del Capítulo V de la [CIE-X] CI

Tabla 18: Usuarios de [SPA] más consumidas que consultaron a los Servicios de Guardia de los tres hospitales, según síndrome de abstinencia y evolución. Rosario, 2008.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA SEGÚN CIE-X Y EVOLUCIÓN	PORCENTAJE
Síndrome de abstinencia por alcohol	95.2%
Síndrome de abstinencia por alcohol sin complicaciones	94.9%
Síndrome de abstinencia por alcohol con convulsiones	5.1%
Síndrome de abstinencia por cocaína	3.2%
Síndrome de abstinencia por cocaína sin complicaciones	100.0%
Síndrome de abstinencia por cannabinoides o marihuana	1.6%
Síndrome de abstinencia por cannabinoides o marihuana sin complicaciones	100.0%
Total	100.0%

Fuente. Servicio de Guardia, Hospital Juan B. Alberdi; Intendente Gabriel Carrasco y Roque Sáenz Peña. Servicio de Estadística (2009), Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

El síndrome de abstinencia por alcohol, (F10.3), según registro, evolucionó en la mayoría de los casos sin complicaciones (F10.30) [95%] y sólo en el [5%] de los casos evolucionó con la aparición de convulsiones (F10.31).

Todos [100%] los que presentaron síndrome de abstinencia por cocaína (F14.3) así como el de cannabinoides o marihuana (F12.3) evolucionaron sin complicaciones, cuadros codificados como (F14.30) y (F12.30) respectivamente. (Tabla 18)

Patrón de consumo o [SPA] más consumidas * Síndrome dependencia con evolución según 5^{to}. Caracter del Capítulo V de la [CIE-X]

Tabla 19: Usuarios de [SPA] más consumidas que consultaron a los Servicios de Guardia de los tres hospitales, según síndrome de dependencia y evolución. Rosario, 2008.

SÍNDROME DE DEPENDENCIA SEGÚN CIE-X Y EVOLUCIÓN	PORCENTAJE
Síndrome de dependencia por alcohol	94.6%
Síndrome de dependencia por alcohol con consumo actual de la sustancia	100.0%
Síndrome de dependencia por sedantes o hipnóticos	3.6%
Síndrome de dependencia por sedantes o hipnóticos con consumo actual de la sustancia	100.0%
Síndrome de dependencia por cocaína	1.8%
Síndrome de dependencia por cocaína con consumo actual de la sustancia	100.0%
Total	100.0%

Fuente. Servicio de Guardia, Hospital Juan B. Alberdi; Intendente Gabriel Carrasco y Roque Sáenz Peña. Servicio de Estadística (2009), Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

Se identificó como de mayor frecuencia el síndrome de dependencia por consumo de alcohol (F10.2). Luego por consumo de sedantes o hipnóticos [F13.2] y por último por uso de cocaína (F14.2). En todos los casos, el profesional médico, mencionó signos y

síntomas relacionados con el uso actual de la sustancia, que fue codificado como (F10.24); (F13.24) y (F14.24). (Tabla 19)

IV - 2.2 - Datos según Registro de Consultas de Usuarios de Sustancias Psicoactivas [SPA] a los Servicios de Guardia por Hospital Rosario, 2008 [n= 670]

Todas las Consultas por Consumo de [PSA] relevadas de las Planillas de Admisión de los Servicios de Guardia de los Hospitales seleccionados fueron 670, según se mostró en la Tabla 1, presentada en el Diseño Metodológico, (punto 1-4, Muestra)

IV - 2.2.1 - Perfil Socio Demográfico de los Usuarios de [SPA] por Hospital Sexo, grupo etario y lugar de procedencia

Tabla 20: Usuarios de [SPA] que consultaron a los Servicios de Guardia por Hospital, según perfil socio demográfico, grupo etario y lugar de procedencia. Rosario, 2008.

Perfil Socio demográfico	Intendente Gabriel Carrasco" [HIC]	Dr. Roque Sáenz Peña" [HRSP]	Dr. Juan Bautista Alberdi [HA]
SEXO			
Femenino	30.4%	37.5%	25.1%
Masculino	69.6%	62.5%	74.9%
GRUPO ETARIO			
Adolescente	10.4%	11,5%	13,6%
Adulto joven	51,3%	58,5%	60,2%
Adulto maduro	34,1%	29,0%	23,6%
Adulto mayor	2,2%	1,0%	1,6%
No registra Grupo etario	2,2%	0%	1,0%
LUGAR DE PROCEDENCIA			
Centro	6,5%	2,0%	4,7%
Noroeste	14,7%	1,5%	14,1%
Norte	1,4%	0,5%	57,1%
Oeste	46,2%	4,5%	2,1%
Sudoeste	7,9%	31,0%	0%
Sur	3,9%	49,5%	1,6%
Otras localidades	1,1%	2,5%	2,1%
No registra lugar de procedencia	18,3%	8,5%	16,8%
Vía pública	0%	0%	1,6%

Fuente. Servicio de Guardia, Hospital Juan B. Alberdi; Intendente Gabriel Carrasco y Roque Sáenz Peña. Servicio de Estadística (2009), Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

En los tres hospitales, los hombres fueron los que, en mayor porcentaje, consultaron por consumo de [SPA], y según grupo etario, los adultos jóvenes seguido de los adultos maduros.

En cuanto a procedencia en el Hospital Alberdi [HA] la mayoría de los usuarios de [SPA] que consultaron venían del Distrito Norte y luego del Noroeste; en el Hospital Roque Sáenz Peña [HRSP] de los Distritos Sur y Sudoeste, y en el Hospital Carrasco [HIC], el Sur y Sudoeste.

En todos los casos los usuarios consultan con el hospital de referencia del Distrito en el que se encuentran al momento del consumo. (Tabla 20)

IV - 2.2.2 - Consultas de los Usuarios de [SPA] por hospital

Momento de la consulta* día de la semana

Tabla 21: Usuarios de [SPA] que consultaron a los Servicios de Guardia por hospital, según día de la semana (categorizado en fin de semana y entre semana). Rosario, 2008.

HOSPITAL / DÍA DE LA SEMANA	ENTRE SEMANA	FIN DE SEMANA	PORCENTAJE	CANTIDAD DE REGISTROS DE CONSULTAS
Dr. Juan Bautista Alberdi (HA)	39.8%	60.2%	100.0%	191
Dr. Roque Sáenz Peña (HRSP)	51.5%	48.5%	100.0%	200
Intendente Gabriel Carrasco (HIC)	48.0%	52.0%	100.0%	279
Total	46.7%	53.3%	100.0%	670

Fuente. Servicio de Guardia, Hospital Juan B. Alberdi; Intendente Gabriel Carrasco y Roque Sáenz Peña. Servicio de Estadística (2009), Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

En [HA] y en [HIC] el mayor número de consultas por consumo de [SPA] se presentó en “fin de semana”, [60%] y [52%] respectivamente. En cambio, en el [HRSP], por mínima diferencia, fueron más los ingresos “entre semana” [51% vs 48%]. (Tabla 21)

Momento de la consulta * turno de trabajo

Tabla 22: Usuarios de [SPA] que consultaron a los Servicios de Guardia por hospital, según turno de trabajo de los profesionales enfermeros. Rosario, 2008.

HOSPITAL / TURNO DE TRABAJO	MAÑANA	NO REGISTRA TURNO DE TRABAJO	NOCHE	TARDE	VESPERTINO	PORCENTAJE	CANTIDAD DE REGISTROS DE CONSULTAS
Dr. Juan Bautista Alberdi (HA)	16.8%	0.0%	36.1%	23.6%	23.6%	100.0%	191
Dr. Roque Sáenz Peña (HRSP)	20.5%	6.0%	26.5%	17.5%	29.5%	100.0%	200
Intendente Gabriel Carrasco (HIC)	20.8%	9.3%	19.4%	24.0%	26.5%	100.0%	279
Total	19.6%	5.7%	26.3%	21.9%	26.6%	100.0%	670

Fuente. Servicio de Guardia, Hospital Juan B. Alberdi; Intendente Gabriel Carrasco y Roque Sáenz Peña. Servicio de Estadística (2009), Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

En [HA] los ingresos se dieron con mayor frecuencia en el turno noche (00-06 hs.) [36%] mientras que en los otros dos hospitales en el turno vespertino (18-24 hs), en porcentajes similares: [HRSP 29,5%]; [HIC 26,5%].

En todos los casos la mayor cantidad de ingresos se dan en los turnos de trabajos alejados. (Tabla 22)

Momento de la consulta * modo de ingreso

Tabla 23: Usuarios de [SPA] que consultaron a los Servicios de Guardia por hospital, según Modo de Ingreso. Rosario, 2008.

HOSPITAL / MODO DE INGRESO	POR DERIVACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	POR SUS PROPIOS MEDIOS	TRAÍDO EN AMBULANCIA POR SIES/ SERVICIOS PRIVADOS	TRAÍDO POR FAMILIARES / AMIGOS/ VECINOS	TRAÍDO POR POLICÍA /GUARDIA URBANA	PORCENTAJE	CANTIDAD DE REGISTROS DE CONSULTAS
Dr. Juan Bautista Alberdi (HA)	0.0%	77.0%	2.6%	19.9%	0.5%	100.0%	191
Dr. Roque Sáenz Peña (HRSP)	0.5%	76.0%	6.0%	15.0%	2.5%	100.0%	200
Intendente Gabriel Carrasco (HIC)	2.2%	67.7%	10.0%	16.8%	3.2%	100.0%	279
Total	1.0%	72.8%	6.7%	17.2%	2.2%	100.0%	670

Fuente. Servicio de Guardia, Hospital Juan B. Alberdi; Intendente Gabriel Carrasco y Roque Sáenz Peña. Servicio de Estadística (2009), Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

El modo de ingreso más frecuente en los tres hospitales fue coincidente: los usuarios concurren por sus propios medios a la consulta. Las frecuencias fueron similares entre [77% HA] y [76% HRSP] y levemente inferior [HIC 68%]. (Tabla 23)

Momento de la consulta * destino

Tabla 24: Usuarios de [SPA] que consultaron a los Servicios de Guardia por hospital, según Destino. Rosario, 2008.

HOSPITAL / DESTINO	ALTA CON O SIN INDICACION DE CONSULTA CON SALUD MENTAL	ALTA VOLUNTARIA	DERIVACIÓN A OTRO SERVICIO DE SALUD	FUGA CON AVISO A LA POLICÍA	INTERNACIÓN TRANSITORIA	PORCENTAJE	CANTIDAD DE REGISTROS DE CONSULTAS
Dr. Juan Bautista Alberdi (HA)	59.2%	2.1%	6.3%	3.1%	29.3%	100.0%	191
Dr. Roque Sáenz Peña (HRSP)	49.0%	1.5%	3.5%	1.5%	44.5%	100.0%	200
Intendente Gabriel Carrasco (HIC)	33.7%	1.1%	3.9%	8.2%	51.6%	100.0%	279
Total	45.5%	1.5%	4.5%	4.8%	43.1%	100.0%	670

Fuente. Servicio de Guardia, Hospital Juan B. Alberdi; Intendente Gabriel Carrasco y Roque Sáenz Peña. Servicio de Estadística (2009), Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

En los tres hospitales las consultas tuvieron como destino más frecuente el "alta con o sin indicación de interconsulta con Salud Mental" y la "internación transitoria", en los siguientes porcentajes: Hospital Juan Bautista Alberdi [59% vs 29%]; Hospital Roque Sáenz Peña [49% vs 44,5%] y Hospital Intendente Carrasco [34% vs 52%]. Sólo en este último hospital es superior la cantidad de usuarios que quedan en internación transitoria (Tabla 24)

IV - 2.2.3 - Consumo de [SPA] o patrón de consumo por hospital

Tabla 25: Usuarios de [SPA] que consultaron a los Servicios de Guardia de por hospital, según sustancia consumida. Rosario, 2008.

HOSPITAL / SUSTANCIA	ALCOHOL	ALUCINÓGENOS	CANNABINOIDEOS	COCAÍNA	DISOLVENTES VOLÁTILES	MÚLTIPLES DROGAS O SUSTANCIAS	OPIOIDEOS	OTROS ESTIMULANTES	SEDANTES O HIPNÓTICOS	PORCENTAJE	CANTIDAD DE REGISTROS DE CONSULTAS
Dr. Juan Bautista Alberdi (HA)	45.0%	0.5%	2.1%	34.6%	0.0%	4.7%	0.0%	0.0%	13.1%	100.0%	191
Dr. Roque Sáenz Peña (HRSP)	37.5%	0.5%	4.0%	21.0%	0.0%	14.5%	0.5%	0.0%	22.0%	100.0%	200
Intendente Gabriel Carrasco (HIC)	49.8%	0.0%	0.4%	30.1%	0.7%	1.8%	0.0%	0.7%	16.5%	100.0%	279
Total	44.8%	0.3%	1.9%	28.7%	0.3%	6.4%	0.1%	0.3%	17.2%	100.0%	670

Fuente. Servicio de Guardia, Hospital Juan B. Alberdi; Intendente Gabriel Carrasco y Roque Sáenz Peña. Servicio de Estadística (2009), Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario

En los tres hospitales las sustancias más consumidas fueron el alcohol [HA 45%]; [HRSP 37,5%]; [HIC 50%]; seguido de la cocaína [HA 35%]; [HRSP 21%]; [HIC 30 %] y los sedante o hipnóticos [HA 13%]; [HRSP 22 %] e [HIC 16,5%]⁶. (Tabla 25)

⁶Una limitación del estudio fue que no se aplicó el 4to. Y 5to. Caracter del Capítulo V de la [CIE-X] en la información recolectada por hospital , para identificar los cuadros clínicos y su evolución

IV – 3 - DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

IV – 3.1 - Discusión de resultados

En el Primero, Segundo, Tercero y Cuarto Estudio Nacional Sobre el Uso Indebido de Drogas y la Consulta de Emergencias, realizado por [SEDRONAR] se encontró que se producía un incremento paulatino en las consultas por ese motivo. En el año 2000 Identificaron que el porcentaje de consultas por uso indebido de sustancias fue [8.2%], en 2005 [8.3%], en 2007 un leve descenso [7.7 %] para nuevamente incrementarse en 2009 [7.7 %]. (2000), (2005), (2007), (2009)

En esta investigación del total de consultas en los tres hospitales en el año 2008, que fueron 98.430 consultas realizadas en los tres Servicios de Guardia, según el Servicio de Estadística de cada efector sólo [n = 670] [0.68 %] de las mismas fue por uso de drogas, cifra esta última que surge de la recolección artesanal de la tesista, ya que no se pudo encontrar un documento que presentara cifras globales sobre lo que se quería investigar. (Servicio de Estadística, 2009)

IV – 3.1.1 - Sobre el Perfil Socio Demográfico

Edad y Sexo y Distrito de Procedencia

El grupo que consultó en mayor porcentaje fue el de los adultos jóvenes (entre 18 y 35 años) [56%] y los adultos maduros (entre 36 y 65 años) [29. %]. En porcentajes menores se registraron consultas de adolescentes [12%] y adultos mayores [2%].

Ya la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNDOC] (2010), en su Informe mundial sobre Drogas reveló que el consumo de drogas entre los jóvenes y la población en general, en la Argentina, había registrado un alarmante aumento en los últimos siete años.

También una investigación realizada en la ciudad de Rosario, a partir del estudio de trabajos sobre la problemática de las drogas y sus características epidemiológicas

había identificado que la edad del consumidor, en promedio, en todos ellos, era entre los 12 y 30 años [78%].

Analizando la variable edad, agrupada por franjas etarias hubo dificultad en la comparación con los Estudios Nacionales, ya que los límites, según edad, se fueron modificando. Por ejemplo el grupo que, en este trabajo fue definido como adultos jóvenes, en el Primer Estudio realizado por [SEDRONAR] abarcó a personas desde 16 a 25 años y en el Segundo, Tercero y Cuarto, de 16 a 30 años. (2000), (2004), (2007), (2010)

Con estas limitaciones para establecer comparación, en la muestra grupal y por hospital, en todos ellos se identificó que la mayor proporción de consultas por consumo de [SPA] fueron realizadas por adultos jóvenes y maduros. Según los distintos Estudios Nacionales, fue en estos grupos se produjeron variaciones, en cuanto a incremento o a estabilidad en las cifras de consumo de [SPA].

En el año posterior a la recolección de los datos de este trabajo, [SEDRONAR] (2009) realizó el Cuarto Estudio Nacional Sobre el Uso Indebido de Drogas y la Consulta de Emergencias que permitió comparar algunos datos recogidos en este trabajo.

Según [SEDRONAR] las franjas etarias que mostraron disminución de consultas fue en el grupo de 12 a 15 años [adolescentes] y 16 a 20 años y 21 a 30 años con algunas diferencias de puntos porcentuales entre los mismos. Los grupos que aumentaron las consultas fueron el de 31 a 40 años y el de más de 51 años [adultos maduros] también con diferencias mínimas porcentuales. Los grupos que se mantuvieron estables fueron el de 26 a 30 años [adultos jóvenes] y el de 41 a 50 años [adultos maduros].

En la muestra grupal, los adultos jóvenes fueron los que más consultaron (diferencia) seguido de los adultos maduros. Con menor frecuencia luego se ubicaron los adultos maduros (coincidencia) Y los adolescentes (coincidencia).

La reflexión gira, en parte respecto a los límites en cuanto a la edad que da inicio a la adolescencia, así como cuáles son los límites actuales de edad de esa etapa de la vida. En este estudio se consideraron adolescentes a partir de los 14 años pues esa cifra marca que, dentro de la Red de Servicios de Salud Municipal, los adolescentes son derivados a hospitales de atención de adultos, mientras que en [SEDRONAR] aparecen subsumidos en otro grupo etario.

En un estudio local, realizado sobre 400 jóvenes rosarinos entre 15 y 35 años, se relevó que 9 de cada 10 chicos entre 14 y 21 años había probado alguna vez sustancias como el paco, pegamentos y cocaína en altos porcentajes [por encima de 90%], mientras que las "pastillas" y marihuana aparecían con porcentajes menores [76% y 33%] respectivamente. (Peralta, 2009)

Si bien en el país está vigente una ley que prohíbe la venta a menores de 18 años de alcohol, los estudios nacionales y algunas estadísticas locales muestran que los adolescentes y jóvenes se alcoholizan. Esto revela, que de un modo u otro acceden a las bebidas, por una venta donde no se los obliga a presentar identificación que los acredite como mayores, o bien, a través de la compra de mayores que luego distribuyen las bebidas entre el resto de los jóvenes. (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2009)

Ya un estudio realizado en el Servicio de Guardia del Hospital de Emergencias "Dr. Clemente Álvarez" de Rosario en el año 1999, mencionaba que la edad de los grupos que habían consultado por intoxicaciones agudas a partir del consumo de sustancias se producía en el grupo de menores de 30 años. (Abonizio, y otros, 2000)

En relación al sexo, tanto en la muestra grupal como por hospital, se identificó que los usuarios que consultaron fueron predominantemente los hombres. Este resultado estadístico tuvo su correlato en las voces de los entrevistados, que expresaron que llegan más hombres que mujeres, por consumo, a los Servicios de Guardia, contexto de la investigación.

También en los Estudios Nacionales Sobre el Uso Indebido de Drogas y la Consulta de Emergencias realizados por [SEDRONAR], los hombres fueron los que más consultaron. (2000), (2005), (2007), (2009)

Los Estudios Nacionales, sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población General de 12 a 65 años llevados a cabo por [SEDRONAR] reconocieron que el consumo se da más en los hombres, pero según la sustancia consumida existen modificaciones entre el uso en el hombre y en la mujer, y también relacionado con si la sustancia es legal o ilegal. (2000), (2004), (2007), (2010)

Ya en 2004, identificaba que en relación a las drogas “sociales” se producía un cambio del patrón de consumo según sexo, ya que las mujeres en el grupo etario de adolescentes se incorporaban al uso del alcohol, superando en proporción a los varones.

Coincidentemente en países como Bolivia, Chile, Perú, Ecuador y Uruguay, a través de estudios comparativos sobre consumo de sustancias en la población entre 12 y 64 años, siempre el consumo de los hombres fue superior a las mujeres, tanto en sustancias consideradas lícitas (alcohol) como las ilícitas (marihuana, cocaína, entre otras). (2008)

Diferenciándose se encontró en un Estudio sobre el Perfil del Drogadependiente realizado en España, (2008) que mas de la mitad de las personas que buscaban atención por problemas de dependencias fueron mujeres, con lo que parecería que el consumo, si continúa esta tendencia, dejará de ser prevalente sólo en el sexo masculino.

Como el estudio tuvo el contexto de los Servicios de Guardia de hospitales de mediana complejidad dentro de un sistema de salud que funciona en Red, se consideró de interés tener información acerca del uso que hacen las personas, en este caso que consumen [SPA], de los distintos efectores que componen dicha Red.

En Rosario este sistema fue concebido y puesto en práctica, donde el centro de salud es el eje del propio sistema, siendo los efectores que están más cerca del lugar de residencia de los habitantes de la ciudad. Tienen implementado la referencia y

contrarreferencia hacia y desde el hospital de mediana complejidad que está designado como hospital cabecera de uno o más de los distritos en que está dividida Rosario, hospitales que donde se recolectó la información de esta investigación.

Teniendo en cuenta esta organización se identificó en la muestra por hospital, que cada uno de los efectores, en mayor porcentaje, recibió consultas de personas que viven, o se encontraban en el momento del consumo, en el Distrito del cual eran cabeceras. Así el [HA] recibió más consultas de usuarios del Distrito Norte y Noroeste, el [HRSP] del Sur y Sudoeste y el [HIC] si bien es referencia del Distrito Centro, por su ubicación en el límite con el Distrito Oeste recibió en mayor número a usuarios de este último distrito. (Tabla 20)

Mario Rovere (1999) señala que es necesario organizar los servicios, permitiendo que las personas tengan opciones, término que equipara a “poder”. En los nuevos modelos de política social, donde importa la lógica del empowerment o el poder del ciudadano, entre otras cosas, es tener opciones. Y los sistemas en redes ofrecen más oportunidades de elegir que los sistemas piramidales, ya que habilita a las personas a elegir un servicio y no acudir a él porque no tiene otro.

También en esta selección hay que tener en cuenta que “una primera representación que tiene el sujeto de sí mismo y de su territorio, que puede ser abonada a partir de información, de experiencias, de orientación en su vínculo con alguno de los eslabones de la red”. (pág. 48)

La orientación sobre los efectores hacia los que tienen que consultar estos usuarios dentro de la Red, de acuerdo al lugar en que viven y posterior a su consulta en la Guardia, hace el rol profesional, específicamente a la dimensión educativa del cuidado, ya que comprende intervenciones que abonan a empoderarlos, a transformarlos en ciudadanos con derechos a utilizar el sistema de salud.

IV – 3.1.2 - Sobre las características de las Consultas por [SPA]

Momento de la consulta*turno de trabajo y día de la semana

Durante el año 2008, en todos los meses del año se registraron consultas por consumo de [PSA]. Teniendo en cuenta los turnos de trabajo del personal de enfermería, tanto “entre semana” como durante el “fin de semana”, como en todos los turnos, ingresaron a los servicios consultas por consumo.

Considerando la totalidad de la muestra, durante el “fin de semana”, se produjeron la mayor cantidad de consultas. En ese mismo lapso, en relación a los turnos de trabajo enfermero, en el nocturno seguido del vespertino fueron donde se registraron más consultas por consumo de [SPA]. Durante la semana o “entre semana” fue en el turno vespertino. (Tabla 6)

Analizado por hospital, en el [HA] y [HIC] el mayor porcentaje de consultas también se produjo durante el “fin de semana”, no así en el [HRSP] donde si bien fue mayor la afluencia fue “entre semana”, la diferencia de los porcentajes fueron mínimos (Tabla 21)

Respecto a los turnos de trabajo de los profesionales enfermeros también fue durante la noche en el [HA] y en el vespertino, los otros dos hospitales, datos que son similares a la muestra grupal. (Tabla 22)

Según [SEDRONAR] en los Estudios Nacionales sobre el Uso Indebido de Sustancias en las Salas de Emergencia de todo el país, también mostraron que durante los fines de semana ocurren la mayor cantidad de consultas asociadas al consumo. (2000), (2005), (2007), (2009)

También dicha Secretaria mencionaba, en el momento del trabajo de campo, que en el horario nocturno se registraban la mayor cantidad de consultas en las salas de emergencia [60%] frente al [39%] de consultas realizadas durante el día. (2009)

El hospital funciona en forma ininterrumpida lo que implica para los profesionales de enfermería tienen esquemas de trabajo organizados en turnos diurnos y nocturnos.

Los problemas asociados a los turnos nocturnos pueden considerarse, desde dos aspectos: desde la organización y desde los intereses de los propios trabajadores. La primera se centrará en los aspectos laborales más relevantes, interesándose por la satisfacción laboral, el rendimiento y el ausentismo. Desde el trabajador, lo medular serán las intervenciones para mantener la salud, para tratar el deterioro de la misma producido por el propio trabajo, así como el impacto que produce en su entorno social y familiar. (Ramírez Elizondo, Paravikc Klinj, & Valenzuela Suazo, 2013)

La carga de trabajo está determinada por la interacción entre el nivel de exigencia de la tarea y las capacidades para dar respuesta por parte del trabajador, que serán diferentes según la edad, capacidad de aprendizaje, estado de fatiga, personalidad, motivación, interés y satisfacción encontrada, entre otras. En esa carga global inciden las cargas físicas y las cargas mentales que le exige la realización de su tarea, que son elementos que pueden impactar en la salud de los trabajadores. (Horrac, Dissipo, García, Occhi, & Vadurro, 2010).

Desde esa visión, el trabajo de los profesionales enfermeros posee elementos que conforman una carga laboral importante. Algunos elementos que conforman esa carga tiene relación con sistema de turnos y la nocturnidad, el trabajo en feriados, fines de semanas y fiestas, que modifica la vida familiar y social; posturas, por ejemplo, estar de pie, que tienen que adoptar durante su turno, la cantidad de información mental que deben procesar en un mismo momento para dar respuestas rápidas frente a los distintos cuadros de emergencias y urgencias; las relaciones entre trabajadores, las satisfacciones personales, salariales, entre otros.

En relación a los datos recabados, se reconocieron entre otros de los factores mencionado, el trabajo nocturno, durante los fines de semana, con aumento de ingresos de los usuarios de [SPA] que les genera una carga mental y física mayor por la sintomatología que presentan, la disminución de personal, la ausencia del equipo de salud mental entre otros.

Momento de la consulta * modo de ingreso y destino

En la muestra grupal se relevó que los usuarios, en mayor proporción, llegaron a la consulta “por sus propios medios” [73%] y como otro modo más frecuente, “traídos por familiares o amigos” [17%]. (Tabla 7)

Sin distinción del modo de ingreso, la mayor proporción de los usuarios fueron dados de “alta con o sin interconsulta con Salud Mental”. Aquellos que fueron traídos, ya sea por su entorno próximo, como por servicios de ambulancias, el destino prevalente fue quedar en “observación en internación transitoria”. (Tabla 8)

Los usuarios de [SPA] en los tres hospitales también ingresaron en mayor porcentaje “por sus propios medios”, en frecuencias similares en [HA] y [HRSP] [76% y 77%] respectivamente, coincidiendo que prevalentemente fueron dados de “alta con o sin interconsulta con Salud Mental” o quedando en “observación en internación transitoria”. En [HIC] el mismo modo de ingreso fue levemente inferior [68%], pero la mayoría quedó en “internación transitoria” (Tabla 23 y Tabla 24)

Cada Servicio de Emergencia, debe tener procesos para soportar el flujo de pacientes que ingresan por la Guardia. Deben medir y establecer objetivos para mitigar y manejar la permanencia en guardia de aquellos pacientes que ya han sido admitidos, situación conocida como “boarding”.

El “boarding” es la práctica de mantener a los pacientes en el servicio de emergencias o en otro lugar transitorio luego de que la decisión de internarlo o derivarlo ya ha sido tomado. Cada hospital debería establecer sus objetivos de acuerdo a la gravedad de los pacientes que atiende y a las mejores prácticas. Por la seguridad y calidad de la atención, se recomienda que el tiempo de boarding no exceda las 4 horas. (Vitolo, 2014)

Desde la fase cualitativa los profesionales entrevistados mencionaron reiteradamente que, debido a la organización del equipo de salud mental, estos usuarios permanecían todo el fin de semana en internación transitoria, lo que podría ir en

desmedro de la calidad de atención que tienen que brindar, así como una sobrecarga mental mayor.

Siempre el alta de un usuario implica tiempo, tiempo que se emplea para brindar información sobre las indicaciones médicas, las interconsultas, efectores donde puede concurrir para seguir su terapéutica, la educación para el alta en relación a aspectos que se consideran necesarios reforzar para que continúen su cuidado fuera del hospital.

Los trámites administrativos también insumen tiempo, y más aún, como se vio en algunos casos en los resultados, el usuario solicita el alta voluntaria o directamente se fuga de la institución.

Todas o casi todas son actividades asumidas por los enfermeros, y esto, también puede resultar una sobrecarga en relación al ritmo diario de trabajo.

IV – 3.1.3 - Sobre el Patrón de Consumo

Sustancias consumidas

En la muestra grupal las sustancias por las que más ingresaron los usuarios, fue **alcohol, seguido de la cocaína y los sedantes o hipnóticos** [91%] [607 de 670] consultas.

Las [SPA] pueden disminuir o retardar el funcionamiento del sistema nervioso central, producen alteración de la concentración y en ocasiones del juicio; dan sensación de bienestar, sedación, apatía y disminución de la tensión, como es el alcohol o los sedantes. Otras pueden acelerar la actividad del sistema nervioso central provocando euforia, desinhibición, irritabilidad, agresividad, menor fatiga, disminución del sueño, excitación motora, inquietud, acción que produce entre otras, la cocaína y los estimulantes anfetamínicos, que en la muestra grupal sólo fueron consumidos por el [1%] de las mujeres.

Los disolventes volátiles que inhalados producen efecto anestésico y retardo de las funciones corporales, y cuyo uso prolongado puede producir daños permanentes en el

sistema nervioso. En la muestra, en mínimos porcentajes, los consumieron hombres y mujeres [0.2% vs 0.5%]

Los disolventes volátiles que inhalados producen efecto anestésico y retardo de las funciones corporales, y cuyo uso prolongada puede producir daños permanentes en el sistema nervioso. En la muestra, en mínimos porcentajes, los consumieron hombres y mujeres [0.2% vs 0.5%]

También se encontró en esta muestra, un grupo que consultó por uso de cannabinoides o marihuana, hombres y mujeres [2% vs 1%]. Produce en cantidades bajas a moderadas, aumento de apetito, euforia y / o sensación de relajación y entre otros efectos, dificultad para concentrarse y retener información

Existen otras sustancias que tienen la capacidad de producir distorsiones en las sensaciones y alterar marcadamente el estado de ánimo y los procesos de pensamiento, como los alucinógenos, que fueron consumidos en mínimo porcentaje [0.3 %] en la muestra y sólo por hombres.

En último lugar se presentaron consumidores de opioideos, solo en hombres [0.2%]. Estas sustancias pueden ser naturales como la morfina y la codeína, así como sintéticos (metadona, heroína). La morfina se emplea fundamentalmente para el tratamiento del dolor. La heroína puede ser fumada, inyectada o inhalada, produce casi inmediatamente una oleada de euforia y luego de este episodio, sensación de "estar volando", estado que se alterna con periodos prolongados de estar despierto o dormido.

En cuanto a las sustancias más consumidas, en la muestra según hospital, se observó la misma tendencia que en la muestra grupal, con diferencias de porcentajes entre hospitales en relación al alcohol [7% vs 12%]; para la cocaína [5% vs 14%] y para los sedantes o hipnóticos [5% vs 9%].

Los resultados obtenidos grupalmente **al discriminar por sexo**, en las mujeres las sustancias más consumidas fueron los sedantes, el alcohol y la cocaína. En los hombres, el alcohol, luego la cocaína y los sedantes. Para ambos sexos en cuarto lugar

se encontró el consumo de múltiples drogas o sustancias. Por otra parte se identificó que las mujeres no consumieron opiodeos y alucinógenos y los hombres otros estimulantes, por ejemplo éxtasis. (Tabla 9)

Esto coincide con los Estudios Nacionales sobre el Consumo de Sustancias realizados por [SEDRONAR] en los Servicios de Emergencia, donde el alcohol también fue la sustancia más consumida previo al ingreso al efector y la de mayor impacto en los Servicios de Emergencia. Desde esa primer Encuesta, la Secretaria, también marcó que existen perfiles de consumo típicamente masculinos como el alcohol y la marihuana y otros típicamente femeninos como los sedantes o hipnóticos. Además identificaron que los varones entre los 16 y 25 años (para este estudio, adolescentes y adultos jóvenes) eran grupos de riesgo para el consumo abusivo del alcohol y marihuana y las mujeres mayores de 41 (catalogadas como adultas maduras) para los sedantes o hipnóticos. (2000), (2005), (2007), (2009)

El género, expresión que trasciende las diferencias entre los sexos centradas exclusivamente en aspectos biológicos, tiene una influencia directa en la salud de las personas. Las mujeres tienen más expectativas de vida, pero su posición social más desfavorecida, sus condiciones de vida, en muchos casos peor que la de los hombres, le generan mayor deterioro a la salud física y mental. Por otra parte la menor expectativa de vida de los hombres se asocia a hábitos que los llevan a padecer enfermedades evitables en su madurez (enfermedades crónicas) y a conductas de riesgo que los llevan más a las muertes, por ejemplo, por accidentes. (Sánchez Pardo, 2012)

En relación a las drogas, hombres y mujeres tienen distinto impacto frente al consumo de las drogas. Esto parecería que depende de las diferentes características físicas (peso, altura, funcionamiento hormonal, tipo de respuesta biológica ante las drogas, entre otras), psicológicas (autoestima, habilidades cognitivas, respuestas emocionales, entre otras) y circunstancias sociales (como el reconocimiento la valoración y la participación social). (pág. 22)

Si bien el porcentaje de mujeres con problemas de consumo de drogas es menor que el de hombres, los problemas de salud tienen mayor gravedad en ellas.

Según distintas investigaciones realizadas en España, algunos elementos característicos que presentan las mujeres, respecto al uso y abuso de sustancias, es que se inician en el consumo generalmente más tarde que los hombres y a partir de relaciones con parejas que también consumen sustancias. Demandan menos tratamientos pero también tienen más dificultades para poder ingresar a los mismos. Los problemas de consumo tienen más impacto en la esfera social y familiar que el hombre. Tienen más problemas familiares, laborales y económicos que los hombres y disponen de menos apoyo familiar y social para enfrentar las adicciones. Aunque las mujeres consumen menores cantidades de las diferentes drogas que los hombres, los trastornos físicos derivados del consumo son más frecuentes y graves, teniendo mayor riesgo de sufrir enfermedades.

Consumiendo la misma cantidad de alcohol, las mujeres registran niveles de alcoholemia superiores a los hombres. Esto se debe a que las mujeres absorben y metabolizan el alcohol de manera diferente a los hombres y tienen una menor altura y peso corporal, lo que provoca que ingiriendo la misma cantidad de alcohol que los hombres su concentración en sangre sea mayor. Por eso las mujeres toleran peor el alcohol, mostrando una mayor vulnerabilidad a sus efectos. (pág. 20)

Las secuelas de los consumos abusivos de alcohol u otras drogas por parte de los padres son visibles en el desarrollo de los hijos, mucho tiempo después del nacimiento, concretándose en un mayor riesgo de padecer trastornos de conducta, problemas emocionales y dificultades en el aprendizaje y las relaciones sociales.

Entre los motivos que llevan a las mujeres beben alcohol en gran medida son los mismos motivos que los hombres, vinculados en su mayor parte al papel relevante de esta sustancia en la vida social. Adolescentes y jóvenes de ambos sexos consumen alcohol los fines de semana porque existe un modelo de ocio dominante que asocia la

diversión, la amistad y la integración social con la ingesta de alcohol. Sin embargo, existe una diferencia importante en el origen de los problemas de abuso del alcohol que afectan a las mujeres, como es el hecho de que los mismos se ajustan a una “conducta evasiva” frente a situaciones conflictivas o estresantes, relacionadas con ciertos acontecimientos vitales traumáticos y los conflictos o rupturas familiares o de pareja. Esta circunstancia explica la importante presencia de trastornos psiquiátricos que presentan.

Los problemas en la sexualidad también están presentes en hombres y mujeres, a pesar de su juventud. El consumo de alcohol reduce la excitación sexual y el impulso sexual, provocando impotencia en los varones y ausencia de orgasmos en mujeres y hombres.

Sobre la cocaína, aunque el uso esporádico de cocaína puede mejorar la recompensa sexual en los varones, al retrasar la eyaculación, a medio y largo plazo reduce el placer sexual, provocando una fuerte pérdida del deseo e impotencia en los varones. En las mujeres suele producir amenorrea (supresión del flujo menstrual) y otras alteraciones menstruales.

Tanto en hombre como en mujeres el consumo de tranquilizantes produce desinterés por el sexo, disminución del apetito sexual e impotencia.

Al analizar por grupo etario, el alcohol y los sedantes o hipnóticos fueron consumidos por todos los grupos. En los adolescentes la sustancia más consumida fueron los sedantes o hipnóticos y en segundo lugar el alcohol; en los jóvenes la cocaína y luego los sedantes o hipnóticos, en los adultos maduros el alcohol y los sedantes o hipnóticos y en los adultos mayores el alcohol y también los sedantes o hipnóticos. (Tabla 10)

(Abonizio, y otros, 2000) ya habían identificado en el año 1999, al relevar las intoxicaciones agudas que habían entrado a la Guardia del Hospital de Emergencias “Dr. Clemente Álvarez durante dos semestres, que las sustancias legales o lícitas, como el alcohol y los psicofármacos, produjeron el mayor número de ingresos. El mayor consumo

de alcohol se había dado en los de 15-19 años, mientras que en los adultos de 30 y más los sedantes o hipnóticos. A partir de los 50 años volvía a ser alcohol el más consumido.

Más recientemente, en España, también informaban que el consumo de los sedantes había aumentado de tal manera que por primera vez había superado el uso de cannabis. Daban cifras obtenidas en la Encuesta sobre alcohol y drogas en la población general en España, que en 2005 el uso de los tranquilizantes era [5.1%] pasando a [11,4%], de los cuales sólo [1.2%] los tomaba sin receta médica. En cuanto a la edad, el consumo comenzaba a partir de los 35 años, y era la única sustancia en donde el porcentaje de uso era mayor [15.3] en las mujeres frente a [7.6%] de los hombres, en coincidencia con (Abonizio, y otros). (Sahuquillo, 2013)

Frente a esta prevalencia de los sedantes surgen algunas respuestas, en el caso de España, situando los causales en la presión de factores fundamentalmente económicos, a la crisis económica del país al momento de ese trabajo de campo.

Para analizar estos datos, recorriendo los distintos modelos explicativos del consumo de sustancias, es necesario recurrir al modelo sociocultural que reconoce que la estructura social, los rasgos de la sociedad contemporánea y los factores culturales y socioeconómicos (contexto macrosocial en este estudio en su fase cualitativa) como determinantes al momento del consumo, siendo este considerado como un síntoma de las disfunciones sociales donde viven. (Touzé & Goltzman, 2007)

En el marco de una sociedad en pleno proceso de pérdida del peso de las instituciones colectivas que regulaban la vida social, es el individuo el que “se hace cargo” del malestar social, llevando al plano personal, individual, las consecuencias de las crisis originadas en la esfera de lo social. El autocontrol coloca al sujeto en situaciones de inhibición, vulnerabilidad, excitación, depresión y ansiedad que tienden a ser resueltas químicamente a través de productos tranquilizantes y estimulantes. Esta batería de medicamentos cumple la función de luchar contra los síntomas más invalidantes en la sociedad actual. (SEDRONAR) (2007)

El uso que hacen de los medicamentos no tiene el fin de curación de la enfermedad, concepto clásico en el campo de la medicina, sino porque los asocian al bienestar social y al aumento del rendimiento social, estableciendo un consumo de tipo compensatorio de insuficiencias personales y para transformar su vida en más confortable.

Según la **intención de consumo** mas del [80%] de los usuarios que recurrieron a la consulta habían hecho un uso con la intención de sentir los efectos de la sustancia por razones que no fueron identificadas en esta investigación, pero que no buscaban autointoxicarse para quitarse la vida, situación registrada por el médico que los recibió en el Servicio de Guardia. (Figura 5)

La sustancia más utilizada por el grupo que consumió para autointoxicarse [17.3%] fueron los sedantes o hipnóticos y la mezcla de múltiples sustancias o drogas.

El porcentaje mayor de consumo para quitarse la vida se dio en los adultos jóvenes, más en los varones que en las mujeres, y en los adultos maduros donde las mujeres superaron a los varones. En los adolescentes no hubo diferencia en relación al sexo. (Tabla 15)

También [SEDRONAR] identificó en sus investigaciones que las consultas en las Salas de Emergencias, asociadas con el consumo de tranquilizantes lo hicieron principalmente por intentos de suicidio (aquí denominados autointoxicación) y las mujeres. (2005)

Las motivaciones femeninas para consumir psicofármacos (tranquilizantes, somníferos, ansiolíticos, etc.) se relacionan con la necesidad de evitar o aliviar síntomas como el estrés, la angustia, el nerviosismo, la tristeza o las dificultades para dormir, con frecuencia derivados de sus responsabilidades familiares o de compatibilizar el trabajo dentro y fuera del hogar. Muchas de las mujeres consideran estas reacciones emocionales ante determinadas circunstancias y condiciones de la vida como una enfermedad, que pretenden superar con el consumo de sustancias. (Sánchez Pardo, 2012)

Sin embargo estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación señalaron que entre 2000 y 2012 se suicidaron los hombres cuatro veces más que las mujeres, tendencia que la [OMS] confirma a nivel mundial, si bien son más las mujeres que lo intentan, los varones son los que lo concretan. Hay indicios de que, por cada adulto que se suicida, posiblemente más de otros 20 intentaron hacerlo. (2014)

La edad más crítica es entre 25-50 años donde el suicidio se vuelve una opción, ya que incluye tendencias biológicas, la predisposición, los traumas previos y los desencadenantes, tales como pérdida de trabajo, ruptura sentimental, problemas financieros entre otros. Sin embargo parecería que la depresión subyace en todos los suicidios, siendo factores de riesgo asociados a esa depresión el consumo de alcohol, psicofármacos o problemas de salud mental.

Recientemente la [OMS] produjo un informe donde reconocía que en los adolescentes, el suicidio se presenta como la tercera causa de muerte a nivel mundial, luego de los accidentes de tránsito, y las infecciones respiratorias y complicaciones del embarazo. (2017)

La [OMS] (2014) considera medidas de prevención universal para llegar a toda una población, tales como aumentar el acceso a la atención de salud, promover la salud mental, reducir el consumo nocivo de alcohol, limitar el acceso a los medios utilizables para suicidarse o promover una información responsable por parte de los medios de difusión.

Según la muestra, los psicofármacos y la mezcla de múltiples sustancias, donde también están incluidos esos medicamentos, son las principales causas de autointoxicación. En los registros del profesional médico que atendió a estas personas, también se identificó al alcohol [8%] como la sustancia que acompañaba la ingesta de los medicamentos utilizados para autoagredirse. En la Argentina, son sustancias lícitas o legales, una con venta libre y la otra con indicación médica, pero que de una manera u otra están al alcance de todos. Esto se contrapone con lo propuesto como elemento clave

de la prevención del suicidio por [OMS] que es restringir el acceso a los medios utilizables para suicidarse.

En cuanto a las tres sustancias más consumidas y el modo de ingreso y destino que tuvieron de la consulta, la mayoría de la muestra grupal ingresó por sus propios medios, lo que podría tener su correlato en que, la mayoría de los que usaron sustancias, lo hicieron intencionalmente para buscar sus efectos, y no con la finalidad de autointoxicarse.

Cuando se identificó aquellos que fueron traídos, a los usuarios de sedantes o hipnóticos, los trajo su entorno familiar o amigos más cercanos, lo que podría relacionarse con que la mayoría que utilizaron estas sustancias tuvieron la intención de quitarse la vida.

Como otro dato, sólo los que consumieron alcohol fueron traídos por la policía, o la guardia urbana, quizás porque ante el efecto de la ingesta produjeron alteración del orden público y también en el mayor porcentaje dentro de aquellos que fueron traídos en ambulancia. (Tabla 11)

Al analizar la evolución con el 5to. carácter del Capítulo V de la [CIE-X] de aquellos usuarios que habían ingresado por intoxicación aguda por alcohol, en un tercer lugar aparecían usuarios con lesiones o traumatismos corporales. (Tabla 17)

También la situación clínica de estos consumidores, generó que fueran los que más tuvieron que quedar en internación transitoria luego de la consulta.

Los consumidores de la tercer sustancia más consumida, la cocaína, en la mayoría de los casos fueron dados de alta. (Tabla 12)

Si bien no estaba incluido en los objetivos de esta investigación se identificaron en la muestra grupal los **cuadros clínicos y su evolución según [CIE-X] (cuarto y quinto carácter)**. La mayoría de los usuarios ingresaron por intoxicación aguda, seguido del síndrome de abstinencia y el síndrome de dependencia, éstos últimos en porcentajes muy menores.

Las sustancias que provocaron la intoxicación aguda fueron, en primer lugar el alcohol, luego la cocaína, los sedantes o hipnóticos y la mezcla de múltiples drogas. (Tabla 17).

La sustancia que generó el ingreso por síndrome de abstinencia y dependencia en altos porcentajes fue el alcohol [92% vs 95%]

Ya el Tercer Estudio Nacional Sobre el Uso Indebido de Drogas y la Consulta de Emergencias concluía que casi todos los pacientes que consumieron alcohol e ingresaron a una sala de emergencia lo hicieron por intentos de suicidio, sobredosis y síndrome de abstinencia. (2007)

En esta tesis, resultó que mayoritariamente los usuarios con intoxicación aguda por alcohol agregaron otra sintomatología o complicación clínica que podía o no estar relacionada con la intoxicación, y en porcentaje muchos menores evolucionaron sin complicaciones o con el agregado de alguna de alguna lesión o traumatismo. (Tabla 17)

Este mismo patrón de evolución se identificó en las intoxicaciones agudas con cocaína, pero que se resolvieron rápidamente porque fueron los que más se retiraron de alta con o sin consulta al servicio de Salud Mental.

Los que consumieron sedantes o hipnóticos en orden decreciente, sin complicaciones, el mayor porcentaje, y luego con otra complicación médica y por último con lesiones o traumatismos corporales. (Tabla 17)

El síndrome de abstinencia se presentó en mayor porcentaje en usuarios consumidores de alcohol, que evolucionaron sin complicaciones, presentando, muy pocos, el agregado de convulsiones luego en consumidores de cocaína y marihuana, evolucionando en ambos casos sin complicaciones. (Tabla 18)

En cuanto al síndrome de dependencia se presentó en las tres sustancias más consumidas, en primer lugar el alcohol, luego los sedantes y por último la cocaína y en todos se identificó, según los registros, que hacían consumo actual de la sustancia. (Tabla 19)

La [OPS] (2010) reconoce que un interrogante importante para las políticas públicas es el grado de riesgo o daño que resulta del uso de distintas sustancias, que llevan a caracterizarlas y considerarlas más peligrosas o más perjudiciales que otras y, como tales, requieren más control, recursos y vigilancia.

Un estudio hizo comparaciones de las puntuaciones asignadas a distintas sustancias en relación con la abstinencia, la tolerancia, el refuerzo y la dependencia y consideró que el tabaco tenía el más alto potencial de dependencia, seguido por la heroína, la cocaína, el alcohol, la cafeína y la marihuana, en ese orden.

Se tiene que tener en cuenta al establecer las políticas, el potencial de dependencia que tiene cada sustancia que provoca distintos efectos sobre las funciones psicológicas o fisiológicas del sujeto. Al mismo tiempo, reconocer los riesgos asociados a cada sustancia sobre la salud, su toxicidad, y la capacidad de provocar problemas en el entorno y contexto de uso y las [RS] que circulan al respecto, ya que el uso de [SPA] es un comportamiento y, con mucha frecuencia, un comportamiento social con un fuerte valor simbólico. Tienen el poder de cambiar el comportamiento, el estado de ánimo, la coordinación motriz y el discernimiento, cualidades que son valoradas positivamente, aunque con algunas reserva frente al potencial de compromisos de la salud.

De allí, que concluyen, que las políticas sobre el uso de sustancias deben reflejar las complejidades farmacológicas y sociales de las sustancias psicoactivas, así como las diferencias relativas entre ellas, y que todos los que participan deben estar consustanciados con esto. (2010)

CAPÍTULO V

V - FASE CUALITATIVA

V - 1 - DISEÑO METODOLÓGICO

V – 1.1 - Objeto de la investigación

Esta fase se centró en la problemática de las drogas en el ámbito de los Servicios de Guardia de Hospitales Públicos Municipales, intentando conocer los saberes y prácticas de los profesionales enfermeros en relación a los usuarios de sustancias psicoactivas. Se partió del supuesto básico de que el mundo social está construido por significados y símbolos, donde la intersubjetividad es una pieza clave y punto de partida para poder comprender lo que se presenta como “significado social”, ya que la realidad social está hecha de significados compartidos de manera intersubjetiva.

Como se considera que el objeto de estudio se construye en el campo, se partió de supuestos e interrogantes, direccionados por la teoría seleccionada, atendiendo a los procesos sociales involucrados en los modelos de atención en drogas y su historicidad y cómo estos atraviesan las prácticas de los profesionales enfermeros que trabajaban en los Servicios de Guardia.

En este informe de tesis, para lograr el reconocimiento de las [RS] y la comprensión profunda de los significados de la problemática, se tuvieron en cuenta las situaciones, los conceptos, los valores, las acciones tal como las producían y las presentaban los profesionales enfermeros en relación a los usuarios de sustancias psicoactivas.

La interacción y participación con estos profesionales de la salud fue considerada en todo el trabajo como sinónimo de búsqueda de información, reconociendo que fue una negociación o transacción constante entre los profesionales enfermeros, “los investigados”, y la investigadora para obtenerla y construir los datos. Se buscó el involucramiento de la tesista en el “control” de sus prejuicios, emotividad y supuestos,

elaborando anticipaciones de sentido y nexos, que posibilitaron que la información fragmentada y caótica, lograda en los registros de campo, fuera posible de comprender y sistematizar.

Los datos logrados en la fase cuantitativa de la investigación también fueron considerados, pero no de modo aislado, sino problematizados e interpelados a partir de la información que revelaban y reconociendo la complejidad del fenómeno que develaban.

V – 1.2 - Enfoque teórico-metodológico

Siguiendo autores como (Taylor & Bogdan, 2000); (Guber, 2004) (Sirvent, 2006) se adoptó un enfoque construccionista.

Para ir conformando el objeto de estudio, en todo el proceso de investigación, se buscó una práctica teórica para comprender la “realidad” que se presentaba inacabada y en cambio permanente, buscando tensarla teoría con prácticas, saberes y representaciones de los profesionales enfermeros que estaban trabajando en los Servicios de Guardia, contexto de esta investigación.

En todo el proceso se puso en juego la “reflexividad” para lograr identificar la relación entre la teoría, el saber de aquellos quienes fueron las fuentes de información y los intereses, ideologías y posturas de la propia autora.

La tesista con su subjetividad, al insertarse en la realidad social en la que no participaba cotidianamente, encontró un “desconocimiento” que fue parte central del “extrañamiento”, ambos elementos necesarios e importantes para la definición de los parámetros de la vida de los sujetos sociales que se intentaba conocer. Fue un proceso de construcción, de documentación de lo no documentado, donde confluyeron cambios, contrastes, las redes de relaciones, los conflictos, los problemas, las contradicciones, etc.

Todo el enfoque giró en torno a la recuperación de los discursos desde la perspectiva de los sujetos de la investigación. En estos discursos se intentó reconocer las representaciones de los profesionales enfermeros respecto al usuario de sustancias

psicoactivas, pero sin tratar de rescatar a los enfermeros en cuanto a “individuos”, sino como “agentes socializados”, para aprehender esa realidad a través de los elementos objetivos que son producto de lo social pero atravesados por el sentido que le dan internamente en el contexto en el que se desempeñan.

V – 1.3 - Contexto

Como se anticipó, el contexto estuvo conformado por los Servicios de Guardia de los Hospitales Intendente Gabriel Carrasco, Dr. Juan Bautista Alberdi y Dr. Roque Sáenz Peña, de la Red de Servicios Públicos de la Municipalidad de Rosario. El trabajo de campo más intenso fue realizado en enero y febrero de 2009 y enero y febrero de 2010.

V – 1.4 - Unidades de análisis

Se consideraron como “unidades de análisis” a los profesionales en Enfermería, enfermeros y licenciados en enfermería, que conformaban la planta de Recursos Humanos de los Servicios seleccionados. Una vez obtenida la autorización de la Dirección de cada Hospital, y del Comité de Docencia e Investigación correspondiente, se comenzó con la recolección de la información.

V – 1.5 - Criterios de selección del referente empírico o unidades de análisis

Los criterios estuvieron direccionados por tres atributos:

- Nivel de formación del entrevistado: ser profesionales en Enfermería, que incluyó a enfermeros y licenciados en enfermería
- Pertenencia a la Municipalidad de Rosario: ser trabajador municipal, independiente de su carácter (planta permanente o planta transitoria)
- Lugar de trabajo: desempeñarse como recurso del Servicio de Enfermería de uno de los tres Servicios de Guardia, contexto de la investigación, ya sea en función de cuidado directo o asistencial, como así también en gestión o jefatura de Enfermería del servicio.

V – 1.6 - Técnicas de recolección de la información

Se comenzó con un relevamiento intencional de aquellos profesionales que cumplían funciones de gestión en el Servicio (enfermero/a jefe) y que acordaron participar de la investigación. Se consideraron como “informantes significativos”, ya que posibilitaron el acceso a las fuentes de información, a las prácticas de sus colegas, grupos y espacios, oficiando de porteros de la investigación. También se los reconoció por disponer de conocimientos específicos sobre la temática. En la utilización de esta técnica se identifica que pueden haber surgido expresiones indécimas que solo adquieren sentido a partir del contexto en el que se enuncian y que llevan al que las recibe, en este caso la investigadora, a ir más allá de la información que se le brindaba.

Se utilizó la observación participante en los distintos Servicios de Guardia, Consultorios y Salas de Internación Transitoria, con las limitaciones de la propia dinámica de trabajo del lugar, pero que implicó el involucramiento de la autora para relevar e interpretar los significados, contextos y relaciones, guardando la mayor fidelidad posible con la situación observada.

Esta observación estuvo limitada en muchas oportunidades por la propia urgencia y emergencia del quehacer diario de los Servicios, que impedía seguir con la labor investigativa. Para las entrevistas con el personal de los servicios, se tuvo en cuenta la direccionalidad marcada por los informantes claves, pero luego se hizo una selección por redes o bola de nieve donde cada participante fue seleccionado por el participante anterior. (Taylor & Bogdan, 2000, pág. 50)

Las entrevistas fueron semiestructuradas, focalizadas con ejes temáticos, ya que la guía previa de preguntas descriptivas permitió la construcción de los “contextos discursivos” o “marcos interpretativos de referencia en términos del informante”, según el contexto del universo significativo de los sujetos.

La entrevista es una situación cara a cara donde se encuentran distintas reflexividades, pero también se produce una nueva reflexividad. Es una relación social a

través de la cual se obtienen enunciados y verbalizaciones en una instancia de observación directa y de participación, permitiendo clarificar y repreguntar en el marco de una interacción flexible, espontánea y personalizada. (Cavalieri, 2008)

El hecho que todas entrevistas fueron realizadas durante el turno de trabajo de los participantes, y en el propio lugar de trabajo, influyó en el tiempo de duración de las mismas, e incluso en el tiempo de reflexión de los entrevistados para brindar las respuestas.

En toda investigación basada en entrevistas, al margen de los objetivos de la propia investigación, se plantea la cuestión de saber cómo ocurren las cosas “en realidad”. En esta oportunidad se intentó “hacer” la evidencia como resultado del discurso subjetivo del entrevistado, guiado a su vez por cuestiones planteadas subjetivamente por la entrevistadora. Cabe aclarar que la evidencia no existía hasta que se grabó o se registró, y que luego de ser grabada o registrada, esa evidencia puede haber sufrido alteraciones. Primero, en las transcripciones; luego en el tratamiento de la información (creación de categorías, codificación, establecimiento de relaciones, etc.) y por último, ahora en el momento de la publicación, puesto que toda “traducción” nunca es absolutamente fiel de aquello transmitido a través del habla, por más esfuerzos que ponga el investigador. Sin embargo, al decir de Michel Foucault “detrás de lo que sabemos y somos no hay evoluciones lineales o destinos, no hay verdad, sino la exterioridad del accidente. El investigador debe hacer surgir la historia de los conceptos que utiliza como acontecimientos en el teatro de los métodos. (Gil Villa & Antón Prieto, 2000)

En todo momento se tuvo presente el motivo o los motivos profundos para la realización de las entrevistas y la “violencia simbólica” que suponen los valores y sentimientos que filtra el investigador en esos encuentros.

Pierre Bourdieu (1997) sostiene en este punto la necesidad de la “vigilancia epistemológica” o “vigilancia de la vigilancia” de Gastón Bachelard, por lo que se intentó,

además de la utilización de las técnicas y/o procedimientos propios de la investigación, tener en cuenta las condiciones de producción y la aplicabilidad de las mismas a los objetos de la investigación. Porque se admite la imposibilidad de acceder directamente a la experiencia vivida por parte de los sujetos de investigación, se reconoce entonces la importancia del lenguaje, el poder del discurso, de las narrativas y de los textos, como constructores de realidades. La interpretación de los fenómenos estudiados fue multivocal y dialógica, ya que se erigió sobre las construcciones de los diferentes actores, incluyendo las de la investigadora, negando el carácter privilegiado de cualquier discurso, por ejemplo el de la autora sobre el del informante, sino que se reconoció como una interpretación más.

Todo el proceso de investigación fue entendido como un proceso relacional y reflexivo en tanto la construcción que cada quien elabora, moldea y es moldeada por la de su interlocutor, intentando analizar esa influencia en unos y otros. Dado que fue una experiencia compartida y dialogada se espera que los resultados de la investigación se constituyan como productos negociados o co-construcciones entre investigadora e informantes, concebidos ambos como entes activos en este proceso.

En el trabajo de campo se tuvieron en cuenta las situaciones no previstas, en el sentido de relatos de vivencias personales, narraciones de acontecimientos, encuentros informales, es decir, todo aquello que podía ser un indicio en el marco de la problemática investigada, siempre atendiendo a consolidar la máxima textualidad posible, reconociendo la mediación y la traducción implicadas en las distintas modalidades de escritura de los registros de campo.

En terreno (año 2009) se realizaron las primeras entrevistas, todas individuales, a excepción de una que fue realizada con dos enfermeros grabadas en su totalidad.

Se consideró necesario volver al campo (año 2010), para lograr la "validez interna" de lo recolectado (término convencional que en el paradigma interpretativo es "credibilidad"). Fue una puesta en común de la producción realizada por la autora, a

partir de los discursos que habían producido los propios profesionales enfermeros, para tener la certeza de la comprensión (en sentido pleno) de que lo escrito tuviera el menor sesgo posible, lo que podría haberse producido al interactuar con los actores sociales. (Sandin Esteban, 2000)

En la segunda vuelta al campo, se concertaron entrevistas grupales en cada Servicio, a partir de los informantes claves (enfermeros/as jefes). Se trató que el ambiente permitiera un clima lo más distendido posible (fueron en dependencias del propio servicio) y así los participantes fueron aportando, ante la lectura de la tesista, en un proceso de comunicación colaborativa.

Algunos profesionales eran los mismos informantes del año anterior y entre “nuevos y viejos informantes”, se fue contrastando y enriqueciendo al punto de partida del documento elaborado hasta ese momento.

Otra técnica utilizada fue la lectura de fuentes documentales, tales como material periodístico, conferencias, ponencias nacionales e internacionales sobre la temática, boletines oficiales, proyectos, normas, ordenanzas municipales y/o provinciales, Ley de Regulación del Ejercicio de la Profesión Enfermería (Nº 12.501), Reglamentación de dicha ley (Decreto 2818/12), Ley de Salud Mental a nivel Provincial (Nº 772) y su correspondiente Reglamentación; Ley Nacional de Salud Mental (Nº 26657), Ley sobre Estupefacientes en la Argentina (Nº 23737), Recurso de Hecho caso “Sebastián Arriola”, entre otros.

Estos documentos permitieron, en muchas oportunidades, revelar las diferentes orientaciones o las intervenciones a nivel político, la juridicidad en el país sobre el tema, la evolución del pensamiento o las preocupaciones dominantes en el país, en la provincia o localmente, y también a nivel mundial sobre la temática, reconociendo su posible efecto en la construcción de las [RS] de los profesionales enfermeros.

En cuanto al material de prensa (diarios, revistas) utilizados, se tuvieron en cuenta su procedencia, ya que al decir de Ander-Egg: “hay que ser extremadamente

precavido: las informaciones no solo sufren distorsiones por sensacionalismo o apresuramiento, sino porque también representan determinados intereses”. (Ander-Egg, 1982, pág. 15)

Se utilizaron noticias periodísticas como fuentes ya que dan sentido y significan la realidad independientemente de la “verdad” de su contenido. La prensa forma parte del mundo social que moldea a los sujetos y expresa a su manera, los juegos de poder existente en el momento y participando en la construcción de las [RS].

V – 1.7 - Proceso de análisis de la información

Dado que el estudio pretendía una comprensión en profundidad del fenómeno que se estudiaba, las técnicas que se utilizaron fueron las propias del método comparativo constante, con registros, comentarios y análisis que generaron dialécticamente, y en espiral, el conocimiento sobre las [RS] de los profesionales enfermeros en relación al consumo de drogas, a las drogas y a sus propias prácticas con usuarios de sustancias.

El análisis de la información implicó un proceso en continuo progreso, acompañando, a cada instancia de ida al campo (años 2009 y 2010) con el análisis subsiguiente a cada momento.

La información obtenida fue tensada con las categorías teóricas, buscando pistas, intuiciones, interpretaciones e ideas, rescatando temas emergentes, elaborando esquemas de clasificación, desarrollando conceptos y proposiciones teóricas, y revisando el material bibliográfico, transformando al investigador en productor de la teoría y otorgando a la teoría un doble papel: orientadora en la construcción del objeto y de emergente de la confrontación con la realidad.

De esa tensión surgieron las categorías elegidas que luego marcaron una direccionalidad en los resultados. A partir de la documentación, de lo que se dijo y lo que se hizo, se crearon nuevos conceptos que enriquecieron la teoría y permitieron la

construcción de los ejes interpretativos de información o las categorías y subcategorías de la investigación.

Se destaca el carácter polisémico de los datos, que exigió esfuerzo y planificación para lograr encontrar el significado de la realidad que se pretendía abordar. Las notas de campo, la memoria de la investigadora, además del recurso de la grabación de las entrevistas, fueron una gran herramienta al momento de sistematizar el proceso de análisis.

Con el material empírico se realizó la categorización del mismo, proceso por el cual el contenido de la información recogida y transcrita en textos de campo, se descompuso o dividió en unidades temáticas o "categorías" que expresaban una idea relevante del objeto de estudio. Cuando la unidad o categoría de la información se podía fragmentar en componentes menores que expresaban unidades del mismo tópico conceptual surgieron las subcategorías.

Luego se realizó una codificación asignándole a cada unidad o categoría y subcategoría una etiqueta, en este caso un número y una letra, (por ejemplo Categoría 1, sub categorías, a), b) c) [...]), como marcas que orientaron a la investigadora, según correspondan a los significados de las categorías definidas con anterioridad.

A continuación se realizó el agrupamiento o etiquetamiento según su pertenencia a una u otra categoría/subcategoría, a partir de un criterio temático y de contenido. (González Gil & Cano Arana, 2010)

Para etiquetar, se pintó con resaltador de distintos colores en el impreso del diario de campo, pero en este informe al presentar el agrupamiento, se usa una fuente de color para ejemplificar (con la limitación de que no se pudo dar distintas tonalidades a cada subcategorías).

Luego se fue describiendo e interpretando la información, asumiendo el papel central de la teoría como una construcción provisional en el proceso de investigación, en simultaneidad entre el trabajo conceptual y la empiria.

Los distintos procesos fueron reconocidos en términos de los significados que los profesionales enfermeros elaboraron sobre ellos. Se buscó acceder a la información proveniente del conocimiento del sentido común de los informantes sin partir de categorías previamente definidas por la investigadora, sosteniendo el carácter inductivo de este tipo de metodología. Se realizó un muestreo teórico, conformado por procesos progresivos y secuenciales de ampliación o reducción de la muestra, según las categorías teóricas que fueron emergiendo en el camino, a partir de la obtención y análisis de la información.

El cierre se hizo de acuerdo al contexto de historicidad de la problemática, cuando, teniendo en cuenta las categorías de la investigación, la información proveniente de nuevos profesionales enfermeros no aportaba más conocimientos la temática bajo estudio.

Se intentó, como requisito metodológico, lograr la "sensibilidad teórica" para reconocer qué es importante en la información y darle su significado. (Vivar, Aratzamendi, López DiCastillo, & Gordo Viver, 2010)

En algunas categorías de análisis, se logró el consenso entre diferentes actores sobre la misma realidad, pero en otras, las voces y discursos se pronunciaron en franca colisión, situación que fue considerada según lo expresaron los actores sociales seleccionados.

Sandin Esteban (2000) considera que en la lógica cualitativa, la credibilidad es uno de los aspectos más valorados. De allí que se tuvieron en cuenta las cuatro preocupaciones principales relacionadas con la credibilidad de las investigaciones interpretativas, a saber: valor de la verdad, aplicabilidad o transferibilidad de lo descubierto, consistencia o fiabilidad, neutralidad en la investigación.

En lo referente al valor de la verdad, para lograr la confianza en los aportes de la investigación se contrastaron las interpretaciones de la investigadora con las fuentes que brindaron la información. Por eso, se regresó al campo en varias oportunidades, se

solicitó la comprobación de lo elaborado (documento escrito de las entrevistas) con los propios entrevistados y otros referentes empíricos involucrados en el campo. También se utilizó, en la medida de lo posible, dada la dinámica de los servicios, la observación participante. Fue un momento de preocupación de la tesista, donde se intensificó el trabajo junto con la Directora de esta tesis y asimismo se buscó la mirada de colegas con experticia en la metodología. (M. A. Chervo, comunicación personal, octubre 2013)

Respecto a la aplicabilidad o transferibilidad de lo descubierto a otros contextos o sujetos, se intentaron hacer descripciones densas, muestreo teórico y la recolección de abundantes datos descriptivos para que se puedan formular hipótesis de trabajo y poder transferir a contextos similares como el de esta investigación.

En cuanto a la consistencia o fiabilidad de que la información lograda se podría repetir si se replicase esta investigación con los mismos o similares referentes empíricos, se reconoció que al usar como instrumentos a “personas” puede que ocurran diferencias, pero se intentó en todo momento revisar y dar pistas de revisión así como utilizar métodos de revisión y replicas paso a paso.

En relación a la neutralidad en la investigación, para establecer que lo informado era solo producto de los sujetos investigados y su contexto, sin que haya pesado el interés, motivaciones y perspectiva de la investigadora, se recurrió al juicio de expertos y a la revisión de resultados por otros investigadores, en distintos momentos de la investigación.

V – 1.8 - Persona a cargo de la obtención de la información

Toda la recolección fue realizada por la investigadora, quien acordaba previamente con el/la participante el día y la hora de la entrevista, así como la obtención en forma oral (luego por escrito) del consentimiento en la participación y en la grabación de la entrevista.

No obstante, para las entrevistas grupales, se requirió el acompañamiento de una estudiante de la carrera de Profesorado en Lenguas Extranjeras, quien colaboró con la tesista para la observación y registro de todo aquello que surgía en el grupo (mensajes, actitudes, opiniones, disensos, consensos) frente a la presentación de la información.

V – 1.9 - Categorías y subcategorías

Categoría (1): Representaciones sobre el USUARIO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Subcategorías:

- a) “Son enfermos y necesitan internación psiquiátrica”**
- b) “Todos roban para pagarse la droga” “Cuando atendemos a estos pacientes no se hacen denuncias”**
- c) “Consume por problemas en la personalidad o con los padres, la familia o la pareja”**
- d) “Son producto de la desocupación y el hambre” “Es un fenómeno social que no tiene vuelta atrás”**

Categoría (2): Perspectiva sobre el cuidado que brindan A LOS USUARIOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ⁷

Subcategorías:

- a) “Se los atiende como a todos, pero son diferentes”**
- b) “Hay que atenderlos... pero somos una Guardia”**
- c) “Hay que aportar más desde lo psicosocial que con los otros pacientes”**

Categoría (3) Obstáculos que reconocen PARA LA ATENCIÓN QUE LE BRINDAN A LOS USUARIOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

⁷ Esta categoría surge durante el trabajo en el campo

Subcategorías:

- a) La Coordinación e Integración de los Servicios de la Salud Pública
- b) La Organización del Equipo de Salud Mental
- c) La Organización del Equipo Médico
- d) La Planta física y los Recursos del Servicio de Guardia
- e) Las Condiciones del trabajo de los profesionales enfermeros
- f) La Formación recibida sobre el tema durante la carrera

Categoría (4): Fortalezas que reconocen para brindar la ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Subcategorías:

- a) La Autonomía Profesional y el Trabajo en Equipo
- b) La Comunicación Interpersonal como elemento de la Relación o Vínculo Terapéutico

V – 1.10 - Aspectos ético-legales

En esta etapa, al igual que durante la fase cuantitativa, se asumió el compromiso de disociar la información obtenida a los fines de su tratamiento y teniendo en cuenta lo señalado en la Ley 25326 de Protección de Datos Personales, promulgada en el año 2000. (Congreso de la Nación Argentina, 2009)

Al realizar las entrevistas individuales o grupales, se tuvo el recaudo de no identificar a los participantes en ningún documento, se les informó sobre las características del estudio, se les aclaró que su participación era totalmente voluntaria y que no había riesgos ni posibilidad de daño por su colaboración en la investigación. También se les pidió permiso para grabar la entrevista y/o registrar los dichos, así como la firma del consentimiento escrito en el que declararon que accedían a participar del estudio. **(ANEXO VI)**

Para la protección del anonimato de los participantes, se les asignó una inicial, arbitraria. También se relevó el sexo, nivel de formación, escuela o carrera donde cursó sus estudios, función al momento de la entrevista y años de profesión. Como otra información, se consignó el turno de trabajo en que se realizó la entrevista, así como el hospital donde trabajaba. Todos los datos fueron volcados en una planilla denominada "información sobre referentes empíricos, según hospital". **(ANEXO VII)**

Al recuperar los significados de los discursos logrados, se decidió, metodológicamente, jerarquizar el contenido en torno a "qué dicen" los profesionales enfermeros y no "quién lo dice", reconociendo que podría haber diferencias en cuanto a su función dentro de los Servicios, o bien a su antigüedad, o el propio contexto, es decir los servicios de guardia según hospitales, aspectos que la tesista indagará en otros estudios.

La Fase cuantitativa aportó información sobre algunas variables estudiadas en los Servicios de Guardia seleccionados que no arrojaron diferencias estadísticamente significativas, lo que también impulsó esta decisión metodológica.

En la presentación de la información, entonces, cada expresión o relato se identifica con una inicial del informante, sin especificar otro dato. En el texto se los reconoció como "profesionales", "profesionales enfermeros" o "profesionales en enfermería" independientemente de su título que podía ser, enfermero o licenciado en enfermería. Se los denominó de acuerdo al nivel profesional reconocido dentro de la Ley Provincial del Ejercicio Profesional, N° 12.501, su reglamentación y Ley Nacional N° 24.004.

El nombre del lugar de trabajo de cada profesional que se consigna en la planilla se mantuvo en esos documentos, pues se contaba con la autorización correspondiente de la Dirección y Comité de Docencia e Investigación de cada Hospital.

Se realizaron algunas modificaciones en la redacción de los relatos, por ejemplo, en algunos tiempos verbales o pronombres, pero respetando en todo momento la literalidad de la información lograda en el campo.

Otra modificación fue que en todos los casos se identificó al entrevistado/entrevistada expresado según el género gramatical masculino.

V - 2 - PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Este material fue logrado a través de las entrevistas con los profesionales en Enfermería de los Servicios de Guardia de los tres (3) Hospitales de mediana complejidad de la Red de Servicios de Salud de la Municipalidad de Rosario, material organizado según categorías y subcategorías, con las citas consideradas más representativas y todo articulado con los referentes teóricos y/o antecedentes desarrollados previamente en este informe.

V – 2.1 - Representaciones sobre el USUARIO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

a) “Son enfermos y necesitan internación psiquiátrica”

El usuario de sustancias psicoactivas es concebido como un enfermo, y más aún, un enfermo mental, con un padecimiento que refiere a significaciones colectivas negativas, con comportamientos que necesitan ser controlados, aislados, alejados de los otros. Al transformar al usuario en enfermo psiquiátrico, remite a un modelo biológico de pensar el problema:

“Para mí, estos pacientes necesitan internación psiquiátrica. Por ahí cuando están agresivos, yo me ubico que en esa situación, son cocainómanos, que no se pueden controlar, porque no están en su sano juicio y cuando vienen con conductas agresivas uno tiene la tendencia a alejarse”. (K)

“El Agudo Ávila (Centro de Salud Mental) es lo ideal para atenderlos, no aquí. Cuando vienen pasados puede que estén agresivos por el propio efecto, son los menos... Hay que dejarlos y esperar que se les pase el efecto (....) La mayoría son jovencitos, a algunos los internan en instituciones de rehabilitación para que tengan continuidad de psicología, o bien a grupos como Renacer, donde los puedan estar vigilando o monitoreando”. (S)

Transformado el sujeto y su padecimiento en objeto de la Salud Mental, se produce una dicotomización entre las personas: los normales y los anormales. A estos últimos hay que aislarlos, controlarlos, segregarlos, separarlos de los ciudadanos normales, para evitar “contagio”, siempre pensando en el fenómeno de las drogas y sus usuarios con una mirada netamente médica asistencialista:

"Para mí son enfermos. Yo no los tomo como delincuentes (...) Sí, una vez me pegó un loco, un alcohólico que vino borracho, me pegó en la cara, pero no es frecuente... El insulto sí, es permanente". (T)

"Y a veces uno no puede darles la oportunidad o la ayuda que necesitan por no ser la institución correcta y se los deriva al Agudo Ávila que es el indicado para tratar medianamente a estos chicos". (L)

Como queda expuesto en los relatos, las manifestaciones de la conducta de los consumidores, violencia, agresión, los hace diferentes, ya que son desviaciones que los alejan de las normas sociales compartidas. Estas características son registradas como propias de los enfermos mentales y como a ellos, a estos usuarios de sustancias también hay que aislarlos, separarlos ya que resulta un peligro para el ciudadano común.

Ahora bien, fruto de las entrevistas, se pueden reconocer también otras perspectivas, como por ejemplo:

"Ya no se los trata como enfermos mentales, fijate que ahora a todos los diagnósticos, en las crisis de angustia, en los problemas psiquiátricos, a todos le colocan el diagnóstico de "crisis vivencial aguda". (V)

En franca colisión con los discursos anteriores, este relato reconoce el nuevo paradigma en Salud Mental que intenta permear a toda la estructura de la Salud Pública Municipal en Rosario y Provincial en Santa Fe. Este nuevo posicionamiento requiere una mirada mucho más flexible del equipo, sin encasillar, permitiendo la circulación de los enfermos y manteniendo los lazos comunitarios.

b) "Todos roban para pagarse la droga" "Cuando atendemos a estos pacientes no se hacen denuncias"

Aquí asocian el consumo de droga con la delincuencia y se todo se "carga" en el grupo de adolescentes y jóvenes, como expresan estos fragmentos de entrevistas que se transcriben a continuación:

"Son todos chicos... jovencitos que roban para pagarse la droga y por eso las comisarías están llenas de chicos drogadictos, porque la droga se mueve mucho allí". (T)

"Yo no he visto o escuchado respecto a si son delincuentes...por ahí vienen los más grandes, todos tatuados, y te das cuenta que han tenido entradas en las comisarías". (M)

"Yo no estoy de acuerdo de que vienen o son agresivos...depende como se los trate... yo los he visto muy agresivos cuando los trae la policía". (N)

Si bien intentan correrse del concepto estigmatizante de la droga, los profesionales asocian la drogadependencia con la delincuencia, ya que sostienen que los consumidores o usuarios deben realizar acciones ilegales para seguir sosteniendo el uso. La transformación en la Argentina de la droga en mercancía prohibida y supuestamente perseguida por el Estado impacta en toda la sociedad y en especial, según estos relatos, en los jóvenes, quienes por consumir, pasan a ser o transformarse en delincuentes. Unido a esto, se hace visible en los relatos que los lugares de control social (cárcel, comisaría) son espacios donde también se trafica o circula la droga.

"Si acá vienen muchos detenidos, son todos chicos y muy jovencitos". (M)

"Creo que hay que pensar que todos son delincuentes". (L)

En la problemática, junto con los prejuicios sobre los usuarios, surge el entramado de lo judicial:

"Entonces nosotros les decimos que nos digan que se drogaron que no tengan miedo, que solo queremos saber qué tomaron. Aquí nadie los va a acusar de nada... no se denuncia nada" (T)

"La verdad que cuando atendemos a estos paciente no se hacen las denuncias, el médico no las hace, ni nosotros tampoco. Los atendemos por lo que vienen... si pueden se van o se quedan para interconsulta". (K)

"En realidad se los trata como a cualquier otro paciente. No, no hay nadie que los denuncie". (V)

Se materializan aquí las contradicciones de las políticas en relación al tema de la drogadependencia. La penalización del consumo y la perspectiva abstencionista de la legislación en la Argentina llevan a que se persiga a los usuarios, criminalizándolos y excluyéndolos de los espacios públicos de atención. Estos relatos podrían, de algún modo, fundamentar por qué en los registros u hojas de admisión a los Servicios de Guardia se

encuentran escasas constancias del consumo de sustancias (se recuerda que durante el trabajo de campo no existía un registro epidemiológico estadístico centralizado). Se podría interpretar que son más usuarios los que consultan por consumo, pero esto se secundariza ante otros diagnósticos o motivos de consulta que no son penados por la ley, por ejemplo heridas de arma de fuego o blancas, accidentes viales, contusiones o fracturas a partir de peleas o agresiones individuales o grupales. La mirada del equipo neutraliza la problemática en pos de respetar los derechos de los usuarios que ante el consumo son penados, forzados a aceptar tratamientos, criminalizados a partir de la legislación vigente.

c) “Consumen por problemas en la personalidad o con los padres, la familia o la pareja”

Ponen de manifiesto la construcción del usuario como un enfermo con trastornos de conducta pero problematizado socialmente y dando visibilidad a la dimensión microsocial del fenómeno.

“Es difícil, son personas que toman drogas o toman alcohol por diversión, o porque quieren... y no se dan cuenta que la droga crea dependencia y no tiene un final. No creo que uno pueda decir “ya dejo la droga y chau”, no es así”. (K)

“Yo creo que tiene que ver con todo: con el paciente o con la persona que tiene cierta tendencia o tal vez una cierta frontera... Como le dicen ahora: borderline”. (M J)

“Mi verdad con respecto a adicto es que creo que caen por algo en la adicción”. (S)

La óptica a través de la cual miran el problema es una óptica individual (el usuario, el drogadicto) ubicándose en el modelo explicativo psicosocial del consumo, relacionando el uso de drogas con los intereses, motivaciones y habilidades que tenga el sujeto para tomar decisiones, pero donde también se analizan las relaciones sociales primarias que tienen (parejas, amigos y familia).

“Lo piden a gritos, con palabras, con acciones, que necesitan ayuda y que se quieren internar. A veces vienen chicos que parece que los padres no los han abandonado... pero será que de niños han sentido el abandono en algún momento” (L I)

"Es cuestión de falta de límites... ¿y quién pone los límites? Los padres. Pero no, no aceptan condiciones, cuando están internados vos le decís algo, al contrario te exigen: mirá que me corto si no me das...." (K)

"Ahora vemos casos y casos de pacientes jóvenes pero pacientes con carencias afectivas muy grandes". (S)

"Esto de la droga es por el entorno y la ausencia de la familia. Antes no se veían estas cosas". (I)

"Hay chicos que tienen ida y no hay vuelta (...) Vienen y cada vez peor. Ahora empiezan a edades cada vez más tempranas" (L)

Estos relatos ubican en el centro de la escena nuevamente a los jóvenes, quienes, por las características propias de ese momento de la vida, consideran que fueran más vulnerables. También aparece la familia, a quien como grupo responsable de la socialización primaria, se la culpa de las relaciones conflictivas que creen pueden ser uno de los factores que induciría al consumo.

Los entrevistados insisten en señalar a la familia como la institución que provoca la caída en el consumo, sin considerar los distintos determinantes que ocasionan los problemas en el seno familiar:

"La mayoría son chicos completamente normales... o sea el aspecto normal, no violento pero con problemas familiares es lo que más se nota... la mayoría de los casos tienen problemas en la casa, los padres separados, padres golpeadores: el 99% es por problemas en la casa". (AN)

"Todos los pacientes tienen un trasfondo por problemas familiares, madres que tienen muchos hijos, que dejaron al más grande de lado (...) El sábado casualmente tuvimos un problema así, chicos de 14, 15 años que uno escucha a la madre diciendo "se me fue de las manos, porque tengo muchos chicos que cuidar". (MI)

"Toda la gente que viene con problemas de drogadicción, uno busca en el fondo de la ruta, y está la familia que falló... La familia es la base de todo. Empieza uno a hablar con el paciente y el padre lo dejó, vive en la calle". (T)

"Ahora aparecen chicos muy chicos que los traen... ¿cómo puede ser que este problema se esté dando en chicos de 7 y 8 años? ¿Qué pasa con la familia? Los traen parecen muy preocupados, pero en el fondo ¿qué?". (J)

"Yo creo que falla la familia, que es quien tiene que educar... Yo tengo hijos y me salieron bien, pero son problemas tan estructurales que uno no sabe cómo enfrentar eso" (W)

Cuando desarrollan su quehacer con estos usuarios encuentran por parte de la familia la negación de la problemática o la incapacidad para enfrentar la situación:

"Vos le decís a los padres que sus hijos consumen y te lo niegan" (I)

"La familia aparece si se los llama si son menores, sino ni aparecen, y cuando lo traen, luego se van...siempre es igual". (V)

"La mayoría viene solo... después cae la familia buscando saber qué pasó" (S)

"Al paciente lo trae, la familia, los amigos o la policía. En realidad es muy raro que lo traigan los familiares... y los que lo traen no saben que se drogan o están en una negación... o bien te dicen que es la primer vez que consumió y hace años". (M J)

"Te cuento un caso de una criatura de 15 años, la encontraron tirada en la vía pública, de clase media, vino la madre de clase media, bien vestida, toda perfecta, asombradísima que la hija hiciera eso. Vino en coma, con las pupilas midriáticas, creemos que fue un coma alcohólico" (S)

Asimismo, identificaron otros elementos que inciden, a su entender, para que se produzca el consumo de sustancias, que son los grupos de amigos, las situaciones personales de pérdidas y el género:

"Hace poco apareció un paciente más o menos de 40 años que estaba en rehabilitación. Hacía más de 10 meses que no consumía, pero se juntó con unos amigos y allí debutó con el dolor de pecho..."nunca me había pasado antes decía el muchacho". Quizás si no se juntaba con los amigos no le pasaba nada". (C)

"Me contó uno que empezó a drogarse cuando se murió su hijo...". (T)

"La depresión de las mujeres es terrible durante el fin de semana y los feriados.... Si el lunes es feriado, no sé... algo les hace crack y nosotros las tenemos el martes" (S)

"Cada vez hay más gente con este problema, aumenta cada día... gente joven y mujeres, mujeres también... Vienen alcoholizadas... yo tengo mujer una hija, entonces uno mira...". (W)

Los adolescentes, los jóvenes y las mujeres son identificados como los más vulnerables que se transforman en sujetos que por su edad o género adhieren al uso de

drogas. Los responsabilizan de creer ingenuamente que las sustancias van a resolverles mágicamente los problemas y al constatar que esto no sucede, surgen las frustraciones, que en muchos casos inducen a la autointoxicación o intento de suicidio.

d) "Son producto de la desocupación y el hambre" "Es un fenómeno social que no tiene vuelta atrás"

"Para mí es un problema de la sociedad... el comportamiento y la falta de educación". (M)

"Ellos son producto de la sociedad y los distintos gobiernos que tuvimos. Son producto de la desocupación, y el hambre, porque yo tengo 50 años y en los años que en la Argentina había trabajo, había drogadicción, pero no así." (L)

"Yo pienso que en la sociedad está todo permitido... y los jóvenes están con poca contención familiar y social" (K)

Se puede reconocer en los discursos elementos de la dimensión macrosocial del uso de drogas, que al buscar la explicación dentro de los problemas complejos de salud, se ubica dentro del espacio o el plano general (Castellanos, 1988). Allí están la pobreza, la marginalidad, los factores culturales y socioeconómicos que conforman los determinantes que presionan y llevan al sujeto a consumir.

"Después lo social... tanta propaganda que se le da a la droga y al alcohol... hace que se consuma masivamente y que le den una propaganda que hace bien, que te da bienestar, que produce euforia y al mismo tiempo sexualidad plena. Creo que los chicos la consumen por eso... porque creen que van a satisfacer todas esas cosas y en realidad lo hacen al principio pero después al hacerse más dependientes necesitan más drogas para llegar a ese estado del principio". (M J)

Como se puede observar en los fragmentos transcritos, se reflexiona en torno al papel de los medios de comunicación y su vinculación con la temática de las drogas, señalando que en los jóvenes los mensajes potencian el consumo de drogas, por ejemplo el éxtasis, los energizantes, el alcohol, el tabaco, ya que se los acompaña con imágenes y mensajes de seguridad, atracción y desempeño exitoso en las distintas esferas de la vida, contraponiéndose esto con la realidad que los jóvenes están viviendo.

Considerar el consumo desde una concepción basada en el modelo sociocultural de pensar la problemática de la drogadependencia les hace nominar al usuario como una víctima condicionada por su entorno socioeconómico.

"Acá no analizamos el panorama socioeconómico de esta gente... pero lo que yo veo que tienen mucho acceso... en el tema de la droga para mí tienen muy fácil acceso". (K)

"Para mí esto es una cuestión social, hay que poder reinsertar a esos chicos... algunos se podrán salvar, pero tiene que ver con nuestra sociedad, no se buscan soluciones, todo se hace a medias". (L)

"Yo pienso que hay toda una historia con todos estos pacientes... una historia social y familiar... yo considero que esto es un fenómeno social que no tiene vuelta atrás" (LI)

"Si es verdad que cada vez son más jóvenes... el otro día vino un chico que lo trajo la mamá que le habían clavado un destornillador en el brazo, en una pelea con chicos de su edad... no habrá tenido más de 12 años, y cuando le preguntamos, no había vuelto a dormir a su casa esa noche... y eran más o menos las 9 de la mañana...". (M)

"Pienso que la situación social o la "junta" siempre lo lleva a eso, por más que uno intente enseñarle que eso no está bien, pero no hacen caso". (V)

"Yo pienso que son producto de la sociedad, ellos no tienen la culpa, así como cayeron ellos pude haber caído yo, gracias a Dios no caí, pero tengo hijos, hija, que el día de mañana pueden caer". (L)

A partir de la victimización del consumidor por las distintas carencias familiares, educativas, económicas, laborales, los profesionales señalan que las desigualdades sociales son las que los transforman en vulnerables frente al consumo de sustancias.

"Son todos problemas sociales... la familia, la falta de trabajo, uno va viendo que los jóvenes no pueden encontrar trabajo... empiezan con el alcohol y después terminan con otra cosa". (A)

"Los jóvenes están todo el día al pedo en las esquinas, no hay trabajo, empiezan a pensar en cualquier cosa y empiezan a drogarse con lo que encuentran". (GO)

"Es un problema que también afecta a los hombres grandes, puede ser que vengan hombres de más de 40 años que por distintos problemas consumen... uno los ve y no diría que ese es su problema.....".(S)

"Me pasa que no puedo llegar a entender por qué llegan a eso. ¿Cuál es el motivo, social, psicológico porque te cuentan que empezaron a drogarse ya de adultos, y yo no los entiendo?". (NA)

"Cada vez vienen más los fines de semana, mucha gente joven, con sobredosis de alcohol, por ejemplo esta mañana la paciente que se fue, 38 años, no era jovencita, vino con una sobredosis de alcohol, desubicada en tiempo y espacio, la tuvimos que dejar internada porque no podía ni caminar... la habían traído y la dejaron". (A)

"Los fines de semana vienen muchos heridos de arma blanca, heridos de bala, y el tema de la adicción, pero a veces vienen otros grupos a vengarse, y acá afuera se arman las peleas... la adicción trae eso, violencia". (J)

Consideran que la profundización de las condiciones sociales y económicas desfavorables, sostenidas en el tiempo, es una explicación para el incremento, año tras año, del número de personas que ceden a las presiones del contexto y consumen sustancias. Las vinculaciones que se establecen tienden a referir que solo son las personas de poblaciones marginales las que están en riesgo. Sin distinción de edad, las personas de esos sectores sociales más excluidos son las que están en riesgo y las que inevitablemente hacen o harán uso de las drogas como forma de evasión a la realidad en la que se encuentran.

Pero en colisión con estas posturas, se destaca también otra mirada, más amplia, la cual reconoce que la problemática atraviesa todas las clases sociales:

"No, no estoy de acuerdo que tenga algo que ver con el nivel socioeconómico. Este problema se da en todos los niveles, vienen no solo de las zonas pobres, sino gente que tiene trabajo... y vos decís... no son solo los jóvenes. Se da en personas de 40 años y mas...". (S)

V – 2.2 - Perspectiva sobre el cuidado que brindan A LOS USUARIOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Subcategorías:

a) "Se los atiende como a todos... pero son diferentes"

"Yo trato de desprejuiciarme un poco de las características del paciente, porque si no sería muy difícil atender en la Guardia. Sobre todo no solo por el consumidor de drogas, sino por

toda la otra característica del paciente que concurre a la Guardia, el baleado, el acuchillado... si vos te pones a prejuizar con las drogas, no podés...Es un paciente como otro, no tengo problemas de atenderlo. (K)

"Yo no hago diferencias... lo que pasa por ahí el propio paciente es el que te pone un poco de distancia... porque últimamente no aceptan los tratamiento" "Para mí es un paciente como cualquiera". (MI)

"En la práctica no hay mucha diferencia con otros pacientes... se le explica lo que se le va a hacer, la práctica que le corresponde.... Quizás lo diferente es lo de la contención". (K)

"Para mí es un ingreso como cualquier otro" (colisión, otros dicen que entorpece) (MJ)

"No hay problemas con estos pacientes siempre y cuando se los pueda contener, porque quieren ser tratados, pero vienen tan mal que se quieren arrancar todo, la vía... eso es lo único que jode". (M)

"Generalmente están sacadísimos, porque hay de todo, están los que son muy fácil de contener y los agresivos que quieren romper todo ahí". (K)

Para realizar las intervenciones los profesionales enfermeros intentan establecer un vínculo basado en el principio de no juzgar al otro evitando la crítica: los aceptan tal cual son, respetando sus sentimientos e ideas y centrándose en sus necesidades y la forma de poder satisfacerlas. En los discursos se pueden vislumbrar contradicciones ya que, por otra parte, reconocen diferencias en su relación con los sujetos que consumen, diferencias generadas por las propias características de este sujeto de atención:

"Tratamos de no hacer diferencias, pero a veces te saca el tema... son cada vez más jóvenes y cada vez más violentos". (J)

"Enfermería no hace diferencias, pero los profesionales médicos discriminan... por ahí dicen iotra vez este!". (L)

"Sí, se los discrimina y mucho a la gente drogadicta". (T)

"Son usuarios como cualquier otro... pero a veces el personal se ríe y no se les presta la atención que merecen". (V)

"Yo no he visto que el personal de salud se les ría, o no les de atención... es lo que dije antes... esto es una guardia y aquí se atiende la urgencia".(G)

"Y uno no tiene un rechazo, pero lo trata de manera diferente, lo prejuiza y muchas veces le da bronca que vengan a la guardia y hace comentarios que a veces están fuera de lugar... pero uno se da cuenta después". (K)

A partir del relevamiento realizado, se puede analizar que los equipos de salud ponen en juego la estigmatización hacia los usuarios de drogas, independientemente de la profesión a la que pertenecen. La sociedad categoriza a las personas que consumen a partir de su conducta, con características negativas: "son los desviados", "son los que roban para drogarse", "los violentos", "los enfermos mentales", "son para internar en instituciones psiquiátricas".

En múltiples oportunidades, en los relatos recogidos está presente la irrupción de usuarios de drogas en el servicio, "la guardia", que consideran está reservada para la resolución y atención de otro tipo de enfermedades, las orgánicas, las agudas y en especial las traumáticas. Los identifican como ocupando un lugar y un espacio que no está señalado para ese problema.

El cumplimiento de la atención de los enfermos, se ve interrumpido por el ingreso de los usuarios de drogas con otras exigencias, en donde parecería que no está en juego la vida como en otros, pero la singularidad de los consumidores y sus acompañantes los transforman en primeros actores, demandantes, que transforman el lugar de trabajo, y donde necesariamente hay atenderlos en primer lugar y medicarlos, ya que está en juego la propia seguridad. La impotencia y la soledad en el desempeño del rol también son sentimientos que atraviesan a estos enfermeros.

"Los fines de semana vienen muchos heridos de arma blanca, heridos de bala, y el tema de la adicción, pero a veces vienen otros grupos a vengarse, y acá afuera se arman las peleas... la adicción trae eso, violencia". (J)

"Acá hay muchas cosas que no se pueden hacer, encima que son tan agresivos, y la Guardia no está preparada para recibir a estos pacientes...". (K)

"Depende del paciente... pero se ponen agresivos cuando le hacen burla... son reacciones que tienen, pero si vos lo tratas con respeto no son agresivos". (M)

"[...] Trajeron a una chica con una especie de histeria, estaba en un boliche, estaban todos sacadísimos... pero en la Guardia, estaban ocupados con una urgencia, no podían atender tan rápido, entonces empezaron a ponerse violentos... por eso la dificultad es que no hay quien los contengan cuando vienen juntos". (AN)

"Vienen tan sacados que quieren romper todo... y ahí te encontrás con dificultades". (AN)

"Durante la primer atención, si llegan heridos, se los sutura, se les hace los primeros auxilios, por lo que entró (heridos de bala, accidentes), y después en realidad empieza el verdadero problema con la adicción, donde empiezan a ponerse agresivos, no solo el paciente, sino también la familia, porque a veces vienen los familiares o amigos que vos les hablas y te agreden". (J)

"Son pacientes que tienen que estar medicados un periodo determinado, es la única manera de pasar la crisis y luego poder conversar y seguir un tratamientos sin que el paciente esta tan dormido... tienen que pasar el periodo de abstinencia y la única manera es tenerlo sedado".(L)

"O bien te traen algún herido que ya está muerto, y los que lo trajeron que están dados vueltas, amenazan con matarnos si no lo salvamos. Nos sentimos impotentes porque te apuran para que le salves la vida al paciente y a veces ya no se puede hacer nada" (A)

"En realidad la vigilancia es para controlar a los familiares, o a los que vienen con el paciente... a veces están peores los que traen al paciente... Quedamos que después de las 18 horas, el policía controla para que pase solo un familiar". (I)

Las agresiones o intento de agresiones contra los profesionales sanitarios han pasado, en muy pocos años, de ser algo anecdótico a transformarse en un problema de gravedad. Las agresiones físicas y verbales se comienzan a reconocer como algo más en el día a día del trabajo enfermero, y del equipo de salud en general.

Esta vivencia de los enfermeros entrevistados, tiene su correlato en diarios locales y provinciales, donde se citan periódicamente actos de violencia, como por ejemplo: "agredieron y golpearon a médicos y enfermeros en el Hospital Santojanni [CABA] (Diario La Nación, agosto 8, 2012); "derriba la puerta de entrada a la Guardia a las patadas para ser atendido. Las esquirlas de vidrio lesionan al personal y a los pacientes que allí esperaban, Hospital Municipal de Boulogne, San Isidro;"violento robo sufrieron ayer una enfermera y una mucama del centro de salud de Juventud del Norte"(Diario El Litoral,

octubre 10, 2013); "En horas de la tarde, en un hecho confuso, hubo disparos dentro del hospital poniendo en riesgo la vida de los trabajadores allí presentes, así como la de pacientes y visitantes" (Diario El Litoral, 22 de noviembre de 2013)

b) "Hay que atenderlos... pero somos una Guardia"

En las entrevistas los enfermeros relatan las intervenciones que realizan con estos usuarios, y en su gran mayoría enuncian actividades técnicas, rutinas, la mayoría dependientes de otras disciplinas.

"Vienen muy excitados, se le hacen los primeros auxilios y se les coloca oxígeno". (M J)

"Acá priorizamos la urgencia... lo recibís, lo ves, lo evalúas, lo atendés y lo derivas. Porque entran al shock room, los evalúan, se identifica el motivo (consumo de sustancias psicoactivas) y de acuerdo al estado, si necesitas el lugar para otra urgencia que viene, lo vas pasando a otro lado. Me acuerdo una vez que tuve tres ingresos, y los fuimos sacando del shock room, de la cama a la silla, de la silla al pasillo, porque necesitábamos la cama". (GO)

"Algunos vienen por contracturas, dolor de pecho, gente que uno ni se imagina que vienen por una adicción". (L)

"Yo lo primero que hago es interiorizarme al respecto de toda la sintomatología y en que se puede agravar el tema... después empiezo a actuar". (G)

"Muchos enfermeros dicen: déjalo que duerma que cuando se despierta se va". (GO)

"Generalmente vienen por síntomas agregados, síntomas físicos, por eso le hacemos electrocardiograma, controles de signos vitales. Es fundamental, porque algunos vienen o muy dormidos o muy excitados". (K)

"Como la primer sintomatología que tiene el paciente es taquicardia, palpitaciones, no se siente bien...entonces le hacemos un electrocardiograma, le hacemos el control de signos vitales para ver si esta taquicárdico, y esperamos el resultado del laboratorio, las enzimas cardíacas". (S)

"Si llegan intoxicaciones alcohólicas, se le hace el control de signos vitales, la reacción pupilar, la escala de Glasgow, todo eso de las pupilas, reactivas, isocóricas, anisocóricas, todo para ver más o menos como viene el tema. Se le pone una hidratación parenteral con solución dextrosa, ya que la dextrosa ayuda a metabolizar más rápido el alcohol. Luego se

llama a los familiares para ponerlos al tanto. Después si vemos que acá no tenemos la tecnología para atenderlo se los deriva inmediatamente al HECA". (G)

"Por ahí vienen con sobredosis de Rohypnol, o algo así, bueno según la indicación médica le administramos para revertir el cuadro". (M)

"Le tomas los signos vitales, a veces le tenés que poner una vía, la mayoría de las veces no". (G)

"Cuando llega se lo toma como una verdadera urgencia...porque vienen con ingesta masiva de cocaína, o de mezcla de psicofármacos... se le hace la atención para atender la patología, disnea, problema de ventilación, o porque viene en coma alcohólico". (M J)

"Muchos vienen por las complicaciones que se producen por las drogas y lo primero que se hace es tratar la cuestión aguda". (L)

"Por ahí vienen muy excitados, amenazan, pero nunca pasan de la amenaza, porque si al paciente se le habla, se le explica que uno lo quiere ayudar, porque ellos consultan para eso... y si le explicamos que lo que nosotros hacemos es tratar de darle una mano, entonces toman conciencia... no nunca me pegaron en los años que estoy acá". (L)

"Nosotros estamos preparados para la emergencia, para la urgencia, dentro de lo que se puede, nosotros -Enfermería- hacemos lo que podemos". (G)

En los relatos aparecen mencionados cuidados o acciones que les permiten satisfacer las necesidades biológicas (o vitales) del sujeto, objetivo primordial o primero del Servicio de Guardia. En las descripciones aparecen actividades de Enfermería que son generales (rutinas) sea o no sea una urgencia, que se aplican a todas las personas, sin distinción del diagnóstico. También algunos cuidados específicos para la atención del cuadro clínico y su evolución producto del uso o abuso de sustancias.

Una y otra vez las expresiones desnudan una realidad que supera a los profesionales enfermeros ya que intentan cumplir con el deber ser profesional, pero que no alcanza o bien es insuficiente ante la complejidad de la problemática del consumo. Esa misma complejidad transforma el cuidado de los usuarios de drogas en una atención muy difícil de llevar adelante. Los saberes y las prácticas que utilizan habitualmente con el

resto de los usuarios no les son útiles y ante la impotencia, esperan que “mágicamente” cuando “despierten” se vayan por sus propios medios del servicio.

c) “Hay que aportar más desde lo psicosocial que con los otros pacientes”

Junto con la descripción de los cuidados físicos, la mayoría indicados por otras profesiones, los relatos dan cuenta de elementos que hacen a la dimensión de los cuidados independientes o actividades que emergen de la propia disciplina y que como profesionales enfermeros pueden desarrollar:

“Intento hacerle la entrevista, pero fundamentalmente trato de calmarlos, de no gritarles, explicarles, bueno principalmente trato de calmarlos”. (M)

“Esto es una guardia, y por lo general el paciente entra refiriendo la adicción, o refiriendo que consumió y viene con mucha angustia y temor”. (G)

“Lo primero es tratar de indagar, porque no siempre vienen diciendo que son adictos y que están teniendo una crisis”. (L)

“Yo creo que se les hace un cuidado muy biologicista... y este tipo de pacientes necesita otra cosa, cuidado y contención, mucho más que cualquier otra patología”. (V)

“El cuidado con estos pacientes es diferente... hay que aportar más desde lo psicosocial que con los otros pacientes”. (S)

“Tenés que ser muy minucioso con las palabras que usás porque las pueden tomar a mal, especialmente cuando le preguntas si son adictos. Uno trata de esperar, buscar los tiempos y no todo sale tan rápido”. (L)

“Porque Salud Mental tiene una franja horaria semanal y no está los fines de semana y hacemos lo que podemos, intentamos calmarlos y darles contención... pero a veces están los otros pacientes, que hace que no podamos cumplir con eso, que es lo único que podemos dar”. (S)

“Aquí en la guardia no tenemos mucho tiempo para hablar, pero dentro de nuestras posibilidades lo hacemos, hacemos contención, pero a veces no tenés tiempo”. (G)

“Cuando yo digo contener, concretamente lo que hacemos es hablar, hablar y hablar... no hay otra cosa, simplemente charlamos”. (M I)

"Algunos llegan que no pueden hablar, vienen con sensación de muerte, con dolor de pecho. A lo mejor nunca les pasó, y por eso vienen. Yo, por lo general, les digo que se tranquilicen, que nosotros los vamos a atender". (S)

"Me acuerdo siempre del caso de un muchacho más o menos de 30 años que consumió cocaína, se sintió como siempre y se acostó. Le dio un paro cardíaco, no registró que algo andaba mal, que no era como siempre. Por eso yo aprovecho siempre para hablar, para conversar." (D)

El deber ser indica que hay que establecer y sostener un vínculo con el otro que resulte terapéutico y los entrevistados intentan mantener una relación dialógica, a pesar de que uno de los dos niegue la palabra, oculte información o simplemente intente sustraerse y evadir la relación. Reconocen el sufrimiento del otro e intentan comprenderlo poniendo en juego las herramientas que, escasas y solitarias, tienen a mano como son escuchar, contener, poner el cuerpo. Sin embargo, esta utilización de su propia persona como elemento de ayuda termina impactando en su propia subjetividad.

"Lo que pasa es que me da lástima... lástima verlos así... Aparte cada vez son más jovencitos". (T)

"Me angustia, me produce tanta impotencia y angustia ver gente tan joven que se va destruyendo (...) Se están matando con el consumo que hacen". (M J)

"Hay chicos adolescentes que a uno le da bronca realmente, eso es lo que genera. Porque uno tiene hijos, y se preocupa... entonces en el caso de la gente joven por ahí, uno piensa que tiene tantas oportunidades, que podría hacer tantas otras cosas. Da bronca y, a veces, da lástima". (C)

"Hay que ponerse en la piel del otro. Yo me acuerdo un intento de suicidio hace dos años de un chico porque no aprobaba las materias...Y vos decís: "tan pelotudo este mocoso porque no aprobaba materias". (G)

"Lo que más bronca me da, es porque los veo también en los chicos y pienso que pueden ser algunos de mis hijos. Uno se pone en el lugar del otro y digo que no sabría como reaccionaria si le pasara a mi hijo". (L)

"Creo que la mayoría de la gente que trabaja en la guardia tiene un promedio de 40 años, pero se sigue preguntando ¿Qué está pasando con los chicos más jóvenes, que está pasando con esta sociedad que permite esto?". (G)

"Hay pacientes que me generan mucha lástima porque son gente grande, que antes no se veían... se veían mas adolescentes, o gente mediana, pero gente grande no... y uno le da lástima pensar como llego a ese estado". (C)

"Si lo atiendo igual... pero me angustia y me causa una impotencia me cuesta mucho ponerme en el lugar del otro.....". (M J)

"Uno mira lo que pasa y se pone mal...". (W)

Existe reconocimiento del otro, empatía con el otro, comprensión de los sentimientos ajenos. Con gran esfuerzo intentan poner en juego la capacidad de descentramiento necesaria para poder actuar profesionalmente, aunque aparezcan sentimientos de pena, bronca, impotencia, asombro, ya que los hechos involucran a jóvenes como los propios hijos de los profesionales. No pueden abandonar su rol como madres, padres y se solidarizan emocionalmente con el otro, en especial con aquellos usuarios jóvenes. Parecería que logran una distancia óptima, siendo depositarios de las emociones del otro, pudiendo resignificar la angustia y/o la agresión recibida para poder hacer alguna devolución orientadora y terapéutica. La idea de "amputación del futuro" de los jóvenes y adultos en edad productiva, por causas que no pueden discernir u otras que las consideran muy ínfimas, les genera impotencia y desconcierto en su rol.

V – 2.3 - Obstáculos que reconocen PARA LA ATENCIÓN QUE LE BRINDAN A LOS USUARIOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Subcategorías:

a) La Coordinación e Integración de los Servicios de la Salud Pública

Hacen mención que a pesar de los años, el Sistema de Salud Público, provincial y municipal no se han integrado, cuestión que repercute directamente sobre la referencia y contrarreferencia de los usuarios entre los Servicios de la Red:

"Cuando nosotros tenemos pacientes que son psiquiátricos los tenemos que derivar al Agudo Ávila [Centro Regional de Salud Mental que pertenece a la salud pública provincial]...pero mira cómo son las cosas, ellos están tan saturados de pacientes adictos que, al contrario, nos dicen que nosotros los tengamos durante 24 horas porque ellos están

saturados y nosotros no estamos preparados para bancar a pacientes psiquiátricos, además de los que tenemos que bancar". (K)

"Es un trabajo que debe abordarse interdisciplinariamente, con el apoyo de todos, no importa de quién dependes... pero queda ahí, todo es un intento". (V)

"Otra cosa es que el SIES [Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias] lo lleva al Centenario (hospital provincial) y no lo reciben y lo traen para acá, y eso que ahora nos dicen que somos hermanos Provincia y Municipalidad (hace referencia a que ambas gestiones son de un mismo partido político". (N)

"Sí, los problemas con la Provincia y la Muni siguen igual que lo comentamos el año pasado, por más que se avisa, se dice en todos los niveles, la cuestión sigue igual". (V)

En los discursos aparece la fragmentación entre un sistema y otro, a pesar de los esfuerzos que, desde el Estado Provincial y a través del Ministerio de Salud, se vienen desarrollando desde diciembre de 2007.

La frustración e impotencia son las palabras que utilizan los profesionales enfermeros para referirse al trabajo cotidiano, a raíz de la falta de articulación entre sistemas:

"Es muy frustrante para nosotros, cuando una persona viene un fin de semana, otro, y otro... Sentimos que falta un sistema de atención de estos pacientes". (S)

"Uno se siente impotente, porque intenta hacer algo, pero se puede hacer solo en ese momento, y todo queda en la nada". (L I)

"Nos queremos comparar con otros países mucho más desarrollados pero nosotros hacemos las cosas a medias... queremos dar una salud, pero a medias, para mostrar algo pero en la realidad estos pacientes no tienen contención en el momento que la necesitan". (L)

La falta de respuestas a la problemática es sentida también al interior del propio Sistema Municipal. Por un lado, discursos desde los niveles de toma de decisión, modificaciones en las estructuras de los equipos de Salud Mental y Adicciones, pero la realidad se muestra sin cambios:

"El tema no se trata a nivel general desde la Secretaría de Salud Pública, excepto que sea un paciente conflictivo, por una adicción o un intento de suicidio, entonces se hace la interconsulta con Adicciones, de Salud Mental, y ellos nos dicen si tiene que seguir

internado, si hay que derivarlo, o si se les da el alta, y le dan un turno para consulta ambulatoria...". (V)

"En una época nos estuvimos reuniendo en Secretaría todo un equipo multidisciplinario para ver el mecanismo que se iba a usar en la atención de estos pacientes... ya que el tema de los intentos de suicidio y las adicciones son dos temas que no se tratan como se deberían tratar, y luego todo quedo en la nada". (S)

En la práctica los profesionales no registran cambios, y no encuentran resultados frente a los esfuerzos que realiza la Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salud Pública en coordinación con Dirección Provincial de Salud Mental:

"Y luego de la crisis aguda tienen que tener un seguimiento con psiquiatra y psicólogo y luego rehabilitarse y lo que no hay son instituciones para rehabilitarse y seguir". (LI)

"Estos pacientes no es cuestión de interconsultas... es cuestión de seguimiento, eso es lo que hace falta, pero si bien se les dice que luego tienen que seguir con el tratamiento, sabemos que después no vienen". (S)

La atención que se brindan es en base a esfuerzos personales ya que la tarea no se encuentra en conexión con otros servicios u otros equipos. Todo resulta en una atención fragmentada, poco efectiva y que les genera sentimientos de frustración y fracaso a pesar del empeño puesto.

b) La Organización del Equipo de Salud Mental

La modalidad de organización de ese Equipo obstaculiza e interfiere la atención de Enfermería que tienen que brindar:

"Para mí las cosas están igual que el año pasado... porque cuando tenés estos pacientes los fines de semana, te los tenés que bancar hasta el lunes porque no vienen los de Salud mental". (K)

"Tenemos psicólogas, pero no los sábados y domingos y la mayoría de los casos son durante los feriados y los fines de semana". (S)

"Los pacientes se quedan en observación en la (internación) transitoria por si hace alguna descompensación...a veces 24 horas, durante la semana menos horas... ya que de lunes a viernes los psicólogos vienen todos los días". (I)

"Te doy un ejemplo, una chica de 16, 17 años que la golpeaba la madre, la trajo la suegra, porque teóricamente venía por amnesia, no se acordaba de nada, dijo que se había golpeado la cabeza, y no se acordaba de nada. Bueno, la internaron, la empezaron a interrogar, y ahí empieza a contar, que la madre se había separado, viuda, que le pega desde chiquitita, no quería estar más en la casa. Y la suegra la trajo. Eso fue el sábado... hasta el lunes tuvimos que esperar para que la viera Salud Mental... bueno le dio el alta... y la asistente social se comprometió que iba a hacerle un seguimiento". (S)

La discontinuidad impacta en la atención que se brinda, no solo a los usuarios con uso problemático de sustancias, sino a todos aquellos que ingresan por crisis subjetivas. Los hospitales trabajan durante los 365 días del año, y se conoce que, durante los fines de semana y feriados, pueden ingresar más personas con esos diagnósticos.

También las franjas horarias en que se organiza el Equipo de Salud Mental influyen en el trabajo del resto de los profesionales:

"El problema es que el hospital no está preparado para este tipo de pacientes, tenemos psicólogos y psiquiatras pero en un horario establecido que generalmente es a la mañana y no todo el día". (L)

"Porque el problema que hay en la Guardia es que este tipo de pacientes vos no los podes subir a Clínica, sin interconsulta con Salud Mental, y después de las 20 horas no hay. Entonces, de las cuatro camas vos las tenés ocupadas con estos pacientes que recién se les podrá dar el alta al otro día al mediodía. Si hubiera Salud Mental, esos pacientes a las 21 o más se les podría dar el alta, y no entorpecer el funcionamiento de la guardia con todas las camas de internación transitoria ocupadas porque no se los puede derivar, o dar el alta". (I)

"Vienen si es a la mañana... si tenés interconsulta a la tarde, te las tenés que arreglar, porque su horario es de 8 a 11. En realidad, el horario de Salud Mental es de 8 a 17, pero seamos realistas vienen de 8 a 11, porque después no vienen". (S)

"La institución dificulta la rehabilitación de estos pacientes. Si caen a las 20 horas a la noche, no se los puede interconsultar con nadie, porque no hay Salud Mental, Psicología cuanto mucho a las 17 se va". (L)

Quedó expuesto en los relatos que la ausencia de los profesionales de Salud Mental, durante los momentos álgidos de trabajo como son el fin de semana y los turnos

vespertinos y nocturnos, obliga a los profesionales enfermeros a utilizar solamente sus herramientas disciplinares para realizar la contención de esos usuarios.

Otro obstáculo reconocido fue el número insuficiente de profesionales del área. Se han puesto en marcha distintas estrategias a nivel de la Red pero el pedido de atención de las personas con problemas de consumo no disminuye. Perciben que cada vez son más los usuarios de drogas que vienen al Servicio de Guardia.

"Otra duda que tiene la Jefa (del Servicio de Guardia, que es una profesional médica) es que a partir del año 2009, se han incorporado a todos los Centros de Salud, un psicólogo, fundamentalmente para tratar este problema ¿Qué pasa entonces, que a pesar de esto, los pacientes adictos aumentan cada vez más en la Guardia?". (G)

"No sé en las otras instituciones... pero en toda la Red Municipal no hay psicólogos ni psiquiatras como para responder al llamado de una institución y contener al paciente". (L)

Hubo un posicionamiento crítico sobre el desempeño de esos profesionales:

"Vienen... si se los llama.... (Referido a los psicólogos, psiquiatras)..." (NE)

"Por ahí, el equipo de Salud Mental no le da mucha importancia a los drogadictos, sino más bien a los intentos de suicidios, porque ellos sí o sí tienen que ver a Salud Mental". (M)

Además de la organización, estos relatos ponen en tela de juicio el compromiso que tienen con la tarea, ya que no realizan un pase diario o por turno como se esperaría e intervienen solo cuando se les pide una interconsulta.

Se percibe que la problemática del consumo no es considerada por los integrantes de dicho equipo como un padecimiento que requiere una intervención interdisciplinaria. La autointoxicación o intentos de suicidio son consultas que por su criticidad estarían legitimadas para ser abordadas de esa forma.

Los enfermeros se interrogan y proponen respuestas para explicar por qué los mismos usuarios vienen al Servicio, muchas veces, por el mismo motivo:

"A uno le genera impotencia, rabia y además está el hecho de que vuelven y vuelven porque se hacen adicto al hospital...porque nosotros los tratamos como personas, a pesar de estar solos".(S)

"El problema es que muchos de esos pacientes al retirarse después no vuelven a la consulta... otros sí... y a la semana siguiente vuelven otra vez, pero tendría que haber psicólogos todo el tiempo para resolver". (C)

"A veces se les plantea que busquen una institución, que acá no hay lugar suficiente, conectarlos con los psicólogos... que no están en este momento... hay gente que se asusta por los síntomas, pero cuando se le pasa...". (L)

Identifican que sus intervenciones son exitosas solo por el hecho de establecer un vínculo terapéutico, con los sujetos que atienden. Está presente un reclamo por la soledad en que se brindan los cuidados, cuando la complejidad de la situación requiere otro abordaje, que es el interdisciplinario. Se actúa frente a la demanda cuando están "muy pasados", pero sería necesaria la presencia de otros profesionales (psicólogos y psiquiatras) en ese momento para iniciar la interconsulta y no desaprovechar la oportunidad.

c) La Organización del Equipo Médico

También la modalidad de trabajo y organización del equipo médico conforma un obstáculo para brindar la atención de Enfermería.

"Como esto es una guardia, muchas veces la atención depende de qué médico esté de guardia...". (GO)

"Los médicos de guardia trabajan 12 horas, pero todos tienen muchos trabajos... por eso muchas veces vienen y duermen. Pero no es el caso ya que si vamos a ver, trabajando 12 horas no les corresponde dormir". (V)

"Hay veces que hay médicos que son más cuidadosos, mas responsables, o más miedosos. Entonces si están acostumbrados, le hacen un control, le dicen que se quede tranquilo o le hacen un electrocardiograma y esperamos al familiar para que se lo lleve". (G)

"Nosotros acá tenemos de todo (referido al equipo médico) medicatos, médicos de guardia, los especialistas, el equipo de Salud Mental.... pero la verdad que muchas veces y a la noche los medicatos quedan solos, y te preguntan a vos qué tienen que hacer porque tienen miedo de ir a despertar al médico de guardia. Y esto nos pone en peligro a todos, por eso siempre yo les digo: vayan a despertarlos, ya que si vienen a trabajar que trabajen". (N)

Surgen dos aspectos que hacen a la prestación de cuidados en un Servicio de

Guardia: la formación del profesional de la salud y los modos de trabajo, subsumidos en el modelo de atención de los hospitales, fuertemente centrado en la dimensión biológica:

"A veces le vienen a pedir (psicofármacos) a los médicos y ellos les dan porque los ven muy excitados y no quieren que se produzcan situaciones de agresión". (L)

La situación de descontrol y excitación, las imágenes asociadas entre drogadicción y violencia y la indefensión en la que cumplen su rol en los Servicios de Guardia, llevan a estos médicos a flexibilizar su quehacer.

d) Las Condiciones del Trabajo de los Profesionales Enfermeros

Expresaron que las dificultades están claramente identificadas, pero las soluciones no llegan ya que transcurre el tiempo (un año desde las primeras entrevistas) y los reclamos no son atendidos:

"Todo sigue igual... nosotros acá no tenemos los elementos para atenderlos". (K)

"Yo pienso que la Guardia no es el lugar apropiado de atención, porque si entra un paciente con ese problema y un herido de bala, queda de lado, porque primero está el herido de bala". (T)

"El problema es que en la Guardia no hay intimidad...no se puede tener una entrevista en la Guardia (...) Entonces para Psicología se los manda a un consultorio". (S)

Tanto los recursos como la planta física son medios de trabajo para poder brindar los cuidados. Faltan elementos, lugares apropiados, aunque no se menciona si es para tratamientos especiales o para tareas de rutina en el Servicio.

La falta de espacio no permite que se respete la intimidad en la atención de estos usuarios en particular. Un tópico que generó posiciones encontradas fue el lugar o ubicación que destinaban en la Guardia para estos usuarios:

"A veces vos los pones en la cama 3 o 4, que tienen la puerta muy accesible... y se van". (M J)

"Nosotros tratamos de ubicarlo en la cama 6, que es clave en la internación transitoria y a pesar que está cerca de la ventana y estar más expuesta, es la que mejor visión tenemos desde el office".(S)

En la Red existe un acuerdo para que las intoxicaciones agudas se traten en los hospitales de segundo nivel. Ante el ingreso de estos usuarios entran en tensión dos posiciones que atraviesan a los equipos: se los admite y se les brinda la atención pertinente, o bien, se los admite para resguardar las formas legales pero las intervenciones son brindadas de tal forma que generan que estos paciente terminen retirándose por su propia voluntad.

Aparecen citadas las condiciones y el ambiente de trabajo en los Servicios de Guardia, donde el objeto de trabajo, que es el mismo consumidor, es un elemento que obstaculiza y complica todo el proceso:

"Por lo general, (el usuario de sustancias) complica mucho el trabajo porque viene muy excitado, o muy somnoliento, no se pueden recolectar datos, no se sabe qué sustancia tomó... cuando llegan les da vergüenza decir que tomaron algún tipo de droga, y eso entorpece bastante el trabajo y entonces uno no puede manejarse bien". (C)

"Y entorpece el trabajo, ya que vos los atendés, le calmas la ansiedad, le pones el suero, y llega un momento que después no sabes que hacer y hay que derivarlo". (G)

El lugar que ocupa Enfermería en relación al sujeto de atención hace que sufran cargas psíquicas y emocionales ya que trabajan permanentemente cuerpo a cuerpo, atendiendo sus sufrimientos, esperanzas y miedos.

La familia también es considerada como objeto de trabajo, pero con voces encontradas, al respecto:

"Y bueno... se lo recibe, se lo atiende y se hace pasar a algún familiar para contenerlo. Se nos hace más fácil con alguien conocido por ellos". (S)

"Y, cuando podemos, incluso tratamos que se quede un familiar. Quiero aclararte, dejamos un familiar si el internado es un menor, a los otros no, porque se nos altera la guardia. Las visitas en la guardia son muy cuestionadas, porque no tienen horario... pero en estos pacientes tratamos siempre que haya un referente, un amigo... a veces es muy difícil decirle a un familiar "Ud. no pasa" y pasa el amigo... es bastante frustrante para la familia". (LI)

"Nosotros los enfermeros no queremos que pase el familiar ¿Nos sentimos examinados? Pero tenemos que ver que eso es también un derecho de los pacientes". (I)

Se revela una contradicción respecto al rol que tienen estos profesionales: algunos cumplen el rol prescripto e internalizado, el deber ser profesional, donde el sujeto de atención es la persona a la que están atendiendo y la familia o acompañantes. Otros, como estrategia de afrontamiento respecto a las imágenes sobre el entorno del consumidor, actúan expulsando a los familiares del ámbito laboral.

Otro elemento que obstaculiza la tarea es la sobrecarga de trabajo que en algunos turnos aumenta la carga física, (organización del trabajo):

"Hay turnos complicados, como el 18/24, que tenés todas las internaciones, todas las urgencias, y no lo podes atender como se merecen". (M J)

"Nosotros hacemos cronoterapia... porque no tenemos las cosas aquí para atenderlos...". K)

"Pero uno charla superficialmente, porque en la Guardia todo es rapidísimo, no podemos perder el tiempo, con el paciente... en cambio en el Servicio de Clínica, si se puede charlar el problema que tiene". (M)

"Lo que sé es que ahora han implementado en la Sala de Clínica un Programa de desintoxicación, y para ello utilizan un sala de aislamiento, y que nos ayudaría a descomprimir el Servicio". (S)

También se identifica un reclamo hacia los niveles de decisión del hospital y de la Secretaría de Salud Pública:

"Y la institución no hace nada por los enfermeros... no hay equipos de psicólogos que nos den apoyo, o por lo menos yo no los conozco". (C)

"La institución no nos brinda un apoyo especial, nos sentimos impotentes". (A)

Hay movilización de la subjetividad del trabajador y un reconocimiento de la necesidad de ayuda para sostener la tarea, buscando estrategias concretas que aún no se encuentran.

Dentro del proceso de trabajo enfermero, surge lo relacionado con el trabajo mismo que es el cuidado que brindan a los usuarios de sustancias:

"Con respecto a médicos y enfermeros hay de todo... algunos los atienden como corresponde, pero otros... hay déficit, no solo con estos pacientes, sino con todos". (G)

"Creo que hacemos todo lo posible para darle una buena atención, en la medida de lo posible, buena". (S)

"Nos esmeramos por atenderlos bien... pero se hace lo que se puede". (N)

"Atendemos a todos, vengan por lo que vengan, y creo que los atendemos bien". (NA)

"La atención es muy cálida, sobre todo si son adolescentes. Bueno, ahora la adolescencia dura hasta los 26 o 27 años". (S)

"No estoy de acuerdo que aquí no se da una buena atención, se hace lo que se puede: el equipo de salud mental está en una franja horaria y no los fines de semana... así que la respuesta que damos no es cuestión de buena o mala atención, sino que por esta forma de trabajo la solución no la podemos dar inmediatamente". (N)

Los profesionales enfermeros le otorgan un sentido a sus propias prácticas, reconociendo limitaciones y asignándole a la institución y a su forma de organización, el motivo de las debilidades en la atención que brindan.

e) La Formación recibida sobre el tema durante la carrera

Consideran que no tuvieron una formación adecuada sobre la atención al usuario que usa o abusa de sustancias, o los aportes no fueron suficientes.

"Y... la Escuela no sé si logra darnos absolutamente todas las herramientas... no la hago responsable de eso" (C)

"La formación que se nos da es poca". (v)

"En realidad, para atender a estos pacientes no alcanza con lo que uno puede llegar a aprender en la Facultad". (LI)

"Me recibí hace 37 años, y en ese entonces la Escuela veía muy poco estos problemas... teníamos clases de cómo manejar las distintas personalidades, nos daban charlas, pero esto va más allá... uno aprende viendo en la práctica". (T)

"Yo me formé, creo, a partir de la práctica, tanto ver este tipo de paciente que viene a consultar que uno va viendo cómo lo tiene que tratar". (M)

"No, de la formación nada, esto es parte propia, por el trabajo, por la experiencia y por preguntar". (GO)

"Porque el libro es fácil, porque hay que hacer esto y aquello; pero cuando vienen los pacientes con sustancias distintas que consumieron, las reacciones físicas son todas distintas... es muy complicado (...) Pero para mí la formación que se nos da es poca, lo de la escuela me sirvió poco y nada". (C)

"En la Escuela no nos enseñan específicamente el cuidado de pacientes adictos... se tiene que aprender aquí en el Servicio". (D)

"Yo aprendí desde la practica... lo de la contención y todo eso, bueno a medida que una va trabajando va aprendiendo". (C)

"La formación en cuanto a la contención nos la dio la Escuela, los años que estudié... sino no sabríamos cómo atenderlos. La formación te capacita, pero luego la enriqueces a medida que vas viendo los pacientes". (LI)

"No, de la formación nada, esto es parte propia, por el trabajo, por la experiencia y por preguntar". (G)

Estos enfermeros, egresados de distintas Escuelas de Enfermería de la ciudad, identifican que, si bien se trata el tema de adicciones, no alcanza para que puedan intervenir eficazmente en el cuidado de estos usuarios.

Reciben durante su formación contenidos y prácticas generales que le permiten relacionarse con el otro, independientemente del tipo de problema que tenga.

El enfoque en las Escuelas estaba anteriormente centrado en la nosografía psiquiátrica, en el encasillamiento del paciente en un cuadro psiquiátrico, que no instrumenta para una práctica que se ha tornado compleja y regida por otro paradigma de atención.

Los relatos coincidieron en mencionar que es en el campo real donde se aprende a brindar el cuidado:

"El problema no se da cuando tienen la alteración normal del consumo de una droga, hay mezclas nuevas que nosotros no conocemos, que no sabemos cómo resolverlo, como el paco mezclado con alcohol, o la pasta base mezclada con alcohol, o con otra droga". (S)

"En principio, me enseñó la Facultad pero después... nadie me explicó nada, ni fui a ninguna capacitación... pero tuve que aplicarlo". (M)

Revalorizan la empiria, lo aprendido en el campo laboral, pero sin reconocer que la educación profesional es un proceso de educación permanente. Los identifican como sistemas estancos, sin conexión, lo que genera críticas a los proyectos curriculares:

"En la Escuela esto no se considera una patología, sino que se ve un poco en Psicología, se habla de la personalidad del que puede caer en adicciones, pero en Farmacología, los tratamientos jamás se contemplan. El tema... de la cocaína, pasta base..., las mezclas... si fuera por la escuela no sabríamos qué hacer". (S)

Remarcan aspectos centrales dentro de la problemática que no son tenidos en cuenta por los planes de estudio de las carreras. Las asignaturas troncales o específicas de la profesión tienen en cuenta la temática aunque en la mayoría de las carreras, se deposita en asignaturas contributivas, como Psicología y Farmacología. Estos espacios aportan aspectos teóricos pero no se desarrollan propuestas didácticas que ayuden al logro de habilidades y actitudes para la prevención, tratamiento, recuperación y reinserción de las personas con alguna adicción.

V – 2.4 - Fortalezas que reconocen para brindar la ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Subcategorías:

a) La Autonomía Profesional y el Trabajo en Equipo

Tanto la autonomía profesional como el trabajo en equipo son identificados como fortalezas, aunque se encontraron contradicciones entre los entrevistados:

"Nosotros (Enfermería) elegimos para internarlos la Sala 3... En realidad es un arreglo entre comillas entre todos para que los adictos vayan a la Sala 3. Cuando vemos que se necesita continuidad...nosotros decimos que hay que buscarle un lugar en Sala 3". (S)

"Cuando un paciente (consumidor) habla con la psicóloga (...) lo que le cuenta es distinto a lo que nos dijo durante el fin de semana. Entonces viene la psicóloga y charlamos ¿Qué recaudaste vos? Vos que estuviste con ella 12 horas ¿Qué escuchaste de esta paciente? Siento que trabajamos en equipo con ella". (G)

Las competencias adquiridas permiten la toma de decisiones y compartir responsabilidades con los demás miembros del equipo de salud. Son competencias fundadas en una actitud ética y moral con el compromiso de una actualización continua y permanente:

"El trabajo codo a codo es de vital importancia para unir criterios de atención y de esta manera enriquecer lo que ofrecemos". (D)

La problemática a la que se enfrentan, sus aristas sociales, económicas, personales, de salud, lleva necesariamente a los profesionales a trabajar en conjunto o, por lo menos, a tener una mirada más amplia, al interior de la disciplina con las otras disciplinas. Por un lado son reconocidos como un integrante más, pero hay expresiones que manifiestan que los discursos van en un sentido y la práctica real va en otro:

"Los de Salud Mental hacen su trabajo, aparte, con los pacientes... son muy estrictos, ni siquiera charlan con nosotros. Las interconsultas con Salud Mental, las charlan nada más que con los médicos, no con nosotros. Si bien el equipo de salud lo conformamos todos, lo sabemos, en la práctica no se da". (M)

"Nosotros no tenemos que agregarlos a los turnos de Salud Mental, pero al que sí o sí tenemos que llamar es al cardiólogo". (S)

"Nosotros habíamos organizado un sistema con los psicólogos, pero después no pasó nada". (G)

A pesar del tiempo de trabajo en conjunto denuncian que no son tenidos en cuenta como parte del equipo, poniendo al descubierto la incoherencia entre el decir y el hacer. Desde las políticas públicas se enarbola como instrumento para brindar la atención al "equipo" integrado por diferentes personas poseedoras de conocimientos particulares, profesionales o no, pero que articuladas pueden alcanzar el objetivo o la meta. Pero la propia complejidad de la drogadependencia pone en tensión a todos los que se relacionan con los usuarios de sustancias. En esta complejidad, el ser del profesional enfermero se siente dañado, excluido, dado que las profesiones hegemónicas (psicología y medicina) pueden y logran trabajar en equipo.

La solicitud de interconsultas relacionadas con el campo de la Salud Mental, se transforma para Enfermería en algo dependiente de otra disciplina, ya que necesita de una indicación para poder realizarla, menoscabando su autonomía, quizás subsumida en una norma de funcionamiento institucional.

Las interconsultas con especialidades clínicas están autorizadas o delegadas, mostrando una vez más la hegemonía del modelo, donde solo lo técnico y procedimental pertenece al campo profesional enfermero.

b) La Comunicación Interpersonal como elemento de la Relación o Vínculo Terapéutico

Una fortaleza en el cuidado que brindan es la capacidad para la comunicación con el sujeto que consume, aun en el momento de crisis subjetiva y sintomatología física:

"Nosotros como enfermeros tenemos la fortaleza de ponernos en el lugar del otro, de buscar herramientas, me parece que lo hacemos intuitivamente, lo fundamental para mí, es esto de hablar, de perderle el temor, de conversar, de darle cuando se puede un abrazo".(I)

"Nosotros aportamos, siempre aportamos (...) Les digo (a los usuarios): "esta es una oportunidad que se les dio....la próxima no sabes cómo te puede salir". (G)

"Uno saca lo que puede, intenta negociar, por ahí cuando se ponen nerviosos que se quieren ir, intentamos convencer, y a veces lo logramos. Por ejemplo hoy una chica que se autoagredió, 20 años, se quería ir, pero al final la convencí, y ahora estamos esperando a Salud Mental para atenderla". (A)

"Y cuando está estabilizado el paciente, tratamos de conectarlo con los grupos de autoayuda". (LI)

Guiados por el deber ser profesional, intentan escuchar, comprender y tratar la situación de urgencia o emergencia en que se encuentran, traspasando los distintos momentos del proceso salud-enfermedad-atención:

"Bueno, ellos se van pasando la voz, "hacen correr la data", que aquí se los atiende, que nadie los va a rechazar, que se los trata bien, por eso vuelven y vuelven el fin de semana. Hay muchos que nos dicen que nosotros somos confiables, que los atendemos bien, que nadie los acusa ni los maltrata, por eso tratan de venir aquí". (V)

La "data" (que en la jerga significa información) se pone en circulación en la red de usuarios de drogas. Responde a criterios de utilidad frente a las intervenciones acertadas y despojadas de juicios de valor del equipo.

Esto entra en colisión con las representaciones que tienen los enfermeros de los sujetos consumidores, imponiendo el deber ser profesional para establecer una relación terapéutica con una adecuada disociación instrumental.

"Hay dos o tres personas (enfermeros) en mi servicio que les gusta hacer ese trabajo (con los usuarios de sustancias) porque tienen dedicación para esos pacientes". (S)

El concepto de "dedicación" que desliza el profesional parecería estar anclado en una concepción de vocación y voluntariado como centro del cuidado, que, a pesar de la profesionalización de Enfermería, aún persiste en el colectivo enfermero. Nuestro quehacer es el ejercicio profesional, que tiene su origen en la prestación de un servicio a la población, pero ese servicio ha venido evolucionando simultáneamente con los componentes teóricos e investigativos que configuran una disciplina en desarrollo.

V - 3 - DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Se propuso reconstruir la realidad de los profesionales enfermeros en su contexto, que son los Servicios de Guardia, recurriendo al sustento teórico de las [RS] para poder comprender sus opiniones, las ideas, los discursos, los conocimientos sobre el problema droga y los usuarios y cómo esas representaciones atraviesan y guían las prácticas profesionales al momento de desarrollar la atención.

Se retomaron los modelos explicativos del fenómeno droga que se ponen en juego en las propias instituciones de salud, que envuelven a los trabajadores durante la tarea de atender las crisis que genera en las personas el consumo de sustancias.

V – 3.1 - Sobre las representaciones sociales [RS]

a) “Son enfermos y necesitan internación psiquiátrica”

Los profesionales entrevistados revelaron representaciones que se inscriben en dos líneas, coincidiendo con varios autores: Pawlowicz y otros (2006), Cavalieri (2008), Ortega de Medina, Osorio Rebolledo y Pedrão, (2004) y Spricigo (2004). Por un lado, reconocen al consumidor como enfermo y también como enfermo mental, medicalizando el problema de las drogas. Por otro lado, lo identifican como delincuente judicializando el fenómeno.

Expresan, entre otros, la multiplicidad de criterios y dilemas no explicitados en las organizaciones de salud respecto a los paradigmas y posibles formas de abordar el complejo drogas que opera como un currículum oculto en los modos de trabajo del personal de salud. (Abonizio M. , 2004)

El enfermar y el atender la enfermedad son pensados como procesos que no solo se definen a partir de las profesiones e instituciones de salud especializadas, sino que son hechos respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías. (Menéndez E. , 1994)

De esta manera, se alcanzan a comprender los discursos si se puede reconocer cómo las estructuras sociales imponen esa explicación a lo largo de la historia y cómo fueron conformando la mirada compartida sobre el fenómeno. Entonces, pensar y expresar que se entiende al que consume como un enfermo y también como un enfermo mental, es reconocer la posibilidad de abordaje de la problemática desde un modelo médico sanitario, identificando la presencia de los factores que conforman el clásico triángulo epidemiológico (que se aplica a las enfermedades orgánicas). A partir de este planteamiento, se trata al consumo de drogas como cualquier otra enfermedad, señalando a la droga como el agente, al consumidor como el huésped y al contexto como el ambiente donde se produce el consumo. (Pawlowicz M. P., 2007) (Abonizio M. , 2004)

No hay referencia a condicionantes o determinantes de la situación de enfermedad y todo es circunscripto a un plano individual, singular, donde los únicos responsables de la situación son los propios usuarios, que ponen en peligro su salud, su vida y la de los demás.

Sitúan el problema en los jóvenes, como los más vulnerables, pero de una forma aséptica, dejando fuera del campo a traficantes y al tráfico, que son identificados como elementos del contexto, un contexto contaminado, que contamina y contagia, sin aclarar quién, pero que lo hace a través de múltiples ofertas que facilitan el acceso a las sustancias, con consecuencias para la salud.

Los enfermeros como parte del Sistema de Salud, ejercen sus prácticas instrumentalizadas sobre el consumidor, a través de un saber técnico específico, sostenido y perpetuado por las mismas instituciones donde desempeñan el trabajo.

Las múltiples formas de entender tanto al fenómeno de las drogas como al consumidor, por parte de los entrevistados, quizás emergen de la propia formación disciplinar, que no es ajena a las representaciones que circulan en la sociedad y en la práctica. No están claros los límites sobre el objeto de estudio (las drogas, el consumo, el

usuario) en cada disciplina, lo que transforma ese objeto en inespecífico en cuanto al campo que aborda. (Silvestre, 2011)

Desde el modelo explicativo médico sanitario, las sustancias aparecen como elementos negativos que necesitan ser erradicados a través de indicaciones o tratamientos medicamentosos y con el aislamiento o alejamiento del consumido ya que es, cual microorganismo, letal, infectante y sumamente contagioso. Se identifica a la internación y a la abstención de la droga como las únicas posibilidades para curar y sanarse, porque tiene efectos muy nocivos y peligrosos tanto para él como para su entorno.

Consideran que el problema se resuelve dentro de lo que propone el paradigma abstencionista que casi la totalidad de los servicios públicos municipales sostiene. Todo gira alrededor de las sustancias y como única respuesta, su erradicación, donde el usuario de sustancias es peligroso, se lo debe proteger, incluso de sí mismo y la contención solo puede ser brindada en una institución psiquiátrica.

El aislamiento es necesario ya que de otro modo el sujeto es vulnerable ante la oferta de las sustancias. Todas las intervenciones pensadas y ejecutadas están enmarcadas en una perspectiva totalmente normativa que tiene como fin último lograr la modificación de hábitos y conductas del consumidor. Desaparece la singularidad del otro y todo gira alrededor de los saberes médicos que consideran, como punto de partida, que lo que está haciendo está mal y es nocivo para la salud.

Se los cataloga según la sustancia consumida, por ejemplo, alcohólico, cocainómano o bien a través de sus rasgos dominantes: la violencia (el violento), la agresividad (el agresivo). Como es una enfermedad, necesariamente aparece la noción de tratamiento para deshabituarse o desintoxicar a través de la internación y la abstinencia. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 1994)

Este paradigma dominante en las instituciones de salud atraviesa discursos, saberes y prácticas de todas las disciplinas y tiene su expresión máxima en la

clasificación y diagnóstico de las enfermedades con los criterios de la [CIE-X] y el [DSM-IV]. Pero no solamente las instituciones de salud están impregnadas en estas consideraciones sobre el consumo y las sustancias. Al transformarlo en una cuestión social, todos los actores incluyendo al Estado, toman posición frente al tema. El Estado lo connota en un problema del conjunto de los ciudadanos y por eso se diseñan políticas alineadas con esta concepción, consideradas de acción pública o políticas públicas, donde las diversas autoridades y entidades públicas, de manera conjunta con grupos o personas de la sociedad, hacen o dejan de hacer en el espacio público, para tratar de resolver problemas y asuntos que consideran prioritarios y para lograr resultados colectivamente. (Corda, 2007)

Las políticas permiten reconocer cómo se sitúa el Estado frente a una cuestión que, como esta, le interesa y la considera significativa para la sociedad. Las mismas tienen una intención deliberada, implican una agenda donde se establecen las prioridades frente a los problemas y la selección de una alternativa entre varias, llevándola adelante, junto a las actuaciones de otras instituciones públicas y entidades civiles.

La toma de posición del Estado no es homogénea ni permanente. Cada unidad y aparato estatal tiene posturas que pueden diferir y están influenciadas por otros actores, por lo que la implementación y formulación de las políticas tiene un carácter abiertamente conflictivo o negociado. (Bialakowsky & Cattani, 2001)

En estas definiciones, surgen controversias y posiciones enfrentadas en relación al control de la oferta y de la demanda. Sobre la oferta hay una postura criminalizadora, otra legalizadora y una tercera liberadora. Sobre la demanda, también se evidencian distintos enfoques respecto a qué hacer con las sustancias y con sus consumidores, por eso en las políticas preventivo-asistenciales que atienden el campo de la demanda surgen dos posturas básicas: abstencionismo o reducción de daños. (Touzé, 2007)

En la Argentina, la Ley 23.737, sancionada en 1989, ordena en torno a los siguientes temas: estupefacientes, uso indebido de estupefacientes, narcotráfico y pena,

pena privativa de la libertad multa (penal), inhabilitación especial, cultivo ilegal de estupefacientes, tenencia con fines de comercialización, entrega de estupefacientes a título gratuito, responsabilidad médica, facilitación de lugares o elemento agravantes de la pena, apología del delito, tenencia para consumo personal, condena condicional. Asimismo, legisla en relación a las medidas de seguridad curativas de drogadictos, rehabilitación de los mismos, medidas de seguridad educativas, prescripción, registro nacional de reincidencia y estadística criminal y carcelaria, coqueo, blanqueo de dinero, receta médica falsa, destrucción de estupefacientes, prueba y competencia territorial, prórroga de la competencia y competencia federal.

Sanciona con pena de prisión de hasta dos años y una multa la tenencia de estupefacientes para uso personal. Permite que se exima de la sanción mediante la realización de un tratamiento curativo para el caso de la dependencia física o psíquica o la realización de una medida educativa en caso de resultar un principiante o experimentador. (Ministerio de Salud de la Nación, Presidencia de la Nación, 1989)

La legislación nacional sobre drogas surge como consecuencia de una serie de acuerdos internacionales que se sucedieron a lo largo del siglo XX. En ellos se establecen las pautas que conforman la actual política internacional de control de drogas. El país se rige por tres Convenios de Naciones Unidas, los cuales surgieron basándose en precedentes.

Dentro de esas Convenciones, se encuentra la Convención Única sobre Estupefacientes (Nueva York, 1961), que luego fuera enmendada por el Protocolo de Ginebra en 1972, constituyéndose en el primero de los tres instrumentos internacionales que habrán de regir la política internacional en materia de control de drogas hasta el presente. En su preámbulo señala que se parte de la preocupación física y moral de la humanidad, reconociendo que la utilización de estupefacientes con fines médicos resulta indispensable para mitigar el dolor. También entiende que la toxicomanía resulta un mal para los individuos y un peligro para la humanidad. Por eso, explicita que este problema

debe ser prevenido y combatido mediante una acción internacional concertada en objetivos comunes. Propone un instrumento que demarca el uso de los estupefacientes con fines médicos y científicos, y propone una cooperación y fiscalización internacional continua sobre el tema.

De igual modo, cita cuatro listados de sustancias, correspondiendo para cada uno de ellos, un nivel distinto de control, dependiendo de su utilización con fines médicos. La Lista I incluye opiáceos naturales (opio) y semisintéticos derivados de la coca (cocaína) y el cannabis (hachís) y varias sustancias sintéticas (metadona, petidina, etc.). La Lista 2 cita sustancias con fines médicos con menor riesgo de abuso como la codeína (opiáceo natural) y algunas sustancias sintéticas. La Lista III incluye preparados producidos a partir de las sustancias de la Lista II en concentraciones menores y menor riesgo de abuso, por ejemplo, polvos o licores con pequeñas dosis de producción a base de opio. La Lista IV abarca drogas de la Lista I consideradas especialmente dañinas y casi sin uso terapéutico. Entre ellos se encuentran los opiáceos semisintéticos (heroína) o sintéticos (cetobemidona, etorfina), la cannabis y su resina.

Los firmantes asumen tres obligaciones generales mediante la adopción de medidas legislativas y administrativas: a) hacer cumplir la convención en sus territorios; b) cooperar con otros estados en el cumplimiento de ellas; y c) limitar exclusivamente la producción, la fabricación, exportación, la importación, la distribución, el comercio, el uso y la posesión de estupefacientes a los fines médicos y científicos. Los cultivos de adormidera, del arbusto de la coca y de la planta del cannabis solo podrán hacerse mediante la obtención de una licencia, al igual que la fabricación, distribución y comercio de estupefaciente. El comercio internacional de estupefacientes seguirá rigiéndose por certificados de importación y permisos de exportación.

Contra el tráfico ilícito las partes se obligan a realizar en sus países una coordinación preventiva y represiva y a cooperar con otros estados y con organismos internacionales en esa tarea. Los estados también se obligan a considerar como delito las

conductas ligadas con los estupefacientes, desde el cultivo hasta la posesión. Se contempla la adopción de medidas contra el uso indebido de estupefacientes, las cuales se podrían resumir en prevención, rápida identificación, tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y readaptación social. (Corda, 2007)

En Ginebra en 1972, se redacta un Protocolo que fortaleció el sistema de fiscalización internacional: se reforzaron las disposiciones relativas a extradición originarias y se exhortó a los gobiernos a adoptar mayores medidas contra el uso indebido.

Otro Tratado Internacional se establece en el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, mediante el cual se sumaron, al sistema de fiscalización que había instaurado la Convención Única, una serie de sustancias próximas a la industria farmacéutica. Se elaboraron cuatro listas de sustancias, correspondiendo a cada una de ellas un diferente nivel de control, también elaborado en razón de su uso terapéutico.

En la Lista I se incluyeron sustancias consideradas riesgosas para la salud y con dudoso o nulo valor terapéutico como los alucinógenos naturales (mescalina, psilocibina) y sintéticos (LSD) y el tetrahidrocannabinol (principal principio activo de la planta del cannabis); en la Lista II estaban los estimulantes de tipo anfetamínico con utilidad terapéutica limitada y analgésicos como la fenciclidina. La Lista III contenía los barbitúricos y la Lista IV los hipnóticos, tranquilizantes y analgésicos, grupos que a pesar de su peligrosidad son ampliamente utilizados en las terapéuticas. Este Convenio tardó en entrar en vigencia, en especial en aquellos países fabricantes de drogas. Tomó los listados de las dos convenciones anteriores y estableció un orden de sustancias controladas.

El Tercer Tratado Internacional se elaboró en la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, de 1988. Esta última Convención profundiza los aspectos represivos de la actual política internacional de control de drogas. Agregan a las sustancias estupefacientes y psicotrópicas bajo el sistema de control, los

precursores químicos, sustancias necesarias para el proceso de elaboración de aquellas. Entre las conductas que los Estados se comprometen a considerar delito figuran, la organización, gestión o financiación de los precursores químicos, las conductas ligadas a la producción y tráfico de drogas y las conductas relativas a la legitimación de bienes producto de dichas actividades.

En cuanto a los consumidores, esta Convención avanza en tipificar como delito, a reserva de los principios constitucionales de cada país, la posesión, la adquisición o el cultivo para consumo personal.

Otra novedad digna de destacar es que emerge en la investigación de los delitos, las figuras del delator y del arrepentido, la inversión de la carga de la prueba, debiendo el acusado demostrar el origen lícito del bien en vez de probar quien acusa que tiene un origen ilícito y del decomiso de los bienes derivados de actividades de producción y tráfico, o la posibilidad de no incautar sustancias que transiten un territorio a fin de identificar pasos posteriores. Todo esto generó críticas de distinto tenor ya que afecta en parte las garantías penales. (Corda, 2007)

Este recorrido por los distintos acuerdos internacionales sobre la temática muestra cómo la sociedad los hace propios y son uno de los fundamentos por los que busca la institucionalización de los consumidores, sin reflexionar sobre el impacto en la subjetividad de los mismos. El paradigma que los cubre construye al uso de drogas como un comportamiento de dependencia patológica a una sustancia, siendo esto anormal, ya que altera el orden legal instituido, razón por la cual hay que controlarlo, transformarlo y erradicarlo.

Los enfermeros de los Servicios de Guardia encarnan estos mandatos sociales y en sus palabras surge que la internación en hospitales psiquiátricos o bien en granjas de rehabilitación, es la única forma que consideran para tratarlos. El aislarlos surge como una estrategia para protegerse y también proteger al resto de las personas que asisten y

están en el Servicio de Guardia y que no tienen afectada la salud mental, sino la otra salud, entendida como la salud física u orgánica.

En la investigación, a pesar del dominio del pensamiento médico sanitario se encontraron relatos que fragmentan la hegemonía expuesta, mostrando otra forma de pensar, decir y actuar sobre la problemática, donde se reconoce en forma prioritaria la subjetividad de aquel que la expresa.

En el momento del trabajo de campo, se estaban dando a conocer, entre los equipos relacionados con el tema, las propuestas del Programa Intersectorial de Asistencia y Acompañamiento en el Uso Abusivo de Sustancias Psicoactivas. Mediante una dinámica de participación de profesionales y técnicos de distintas áreas del gobierno provincial, a través de talleres y jornadas de capacitación en el Nodo Rosario y otros municipios y comunas de la Provincia se dieron a conocer las propuestas. De la misma forma, se estaba delineando el trabajo para el año en la temática: algunos entrevistados asistieron a estas instancias.

Entre las propuestas, se apuntaba la necesidad de tener instituciones flexibles que puedan establecer lazos y prácticas centradas en la singularidad de cada uno de aquellos a quienes brindan la atención. Se mencionaba que ante la complejidad del consumo, las instituciones y sus actores debían tener un plus de hospitalidad que habilitara un mayor lazo con esos grupos poblacionales, que pudieran alojarlos en todos sus sentidos, con criterios flexibles para entrar, permanecer y salir de las mismas, e ir ordenando la modalidad de atención en la línea de prácticas sociales subjetivantes. (Plan De Actividades) (Gobierno de Santa Fe Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2009)

Estos señalamientos desde el Ministerio de Salud y Desarrollo provincial comenzaron a difundirse para lograrla adhesión de los equipos intervinientes en la atención de los sujetos con consumo problemático.

b) “Todos roban para pagarse la droga” “Cuando atendemos a estos pacientes no se hacen denuncias”

Esta representación es netamente estigmatizante de los usuarios de drogas, en una ecuación casi perfecta de equiparación entre drogadictos = delincuentes. El consumo y la dependencia son el común denominador que permite la explicación de los hechos de delincuencia, generando sospechas, incluso sin pruebas, que sustentan una creencia social. Esto conlleva una imposibilidad de pensar de otro modo, de percibir algo diferente sobre el problema, silenciando explicaciones que podrían ser alternativas. (Kornblit & Veron, 1989)

El mundo de los adultos carga de aspectos totalmente negativos al grupo de los jóvenes, ocultando precisamente las raíces sociales, económicas o de otra índole que pueden haber llevado a esas conductas. Los adultos quedan sin culpa y responsabilidad frente al mundo que les brindan, originando exclusión o sentimientos de no tener lugar en la realidad adulta, e invisibilizando el consumo que hacen los propios adultos. (Kornblit, Camarotti, & Di Leo, 2011)

El paradigma dominante ético-jurídico considera a los usuarios, al igual que a los mercaderes de la droga, como delincuentes. Genera que todas las intervenciones sean realizadas con una crítica moral, ética y de censura contra el consumo que se puede resumir en que todos los que abusan se exponen a consecuencias de tipo legal.

Paradójicamente, estas consecuencias se expresan con más dureza sobre los consumidores, mientras que el resto de la cadena, es decir, los productores, los mercaderes, los *dealers*, quedan en un segundo plano y solo se lo condena al que usa o abusa. (Abonizio M. , 2004)

La construcción social de sujeto peligroso pone de manifiesto que se siguen manteniendo las formas hegemónicas impuestas en la sociedad para responder al problema. Los preceptos morales de los siglos XVIII y XIX, donde lo bueno era no consumir, se manifiestan en primer plano. A estos se suman fundamentos sociales, de

salud y legales, para generar una política prohibicionista que condena y judicializa al que consume.

La consideración del usuario como delincuente y a su consumo como un delito logra que los integrantes de la sociedad en forma individual vayan conformando una modalidad de pensamiento. En la interacción con otros se transforman en pensamientos de carácter social, contextualizados, que finalizan construyendo las representaciones colectivas sobre el fenómeno.

El movimiento jurídico internacional en materia de drogas, fuertemente liderado por Estados Unidos sustenta esta política de tolerancia cero y, por ende, de control total para todo el ciclo de la droga.

Los países ratificantes de dichos Convenios, uno de los cuales es Argentina, lo único que han logrado es incorporar al Código Penal del país, la figura de delito por la posesión de estupefacientes para uso personal. En toda Latinoamérica, en el último cuarto de siglo, la lucha contra la droga ha experimentado un endurecimiento en los aspectos legales, pero siempre el ajuste recae directa o indirectamente sobre el usuario sancionándolo. (Vazquez Acuña, 2004)

En todas las intervenciones o controles del Estado subyace que el consumo de drogas constituye en sí mismo un hecho de alta peligrosidad, ya que puede conducir a la realización de delitos en estado de adicción, o bien para lograr la sustancia. Sin embargo, mucho de las consecuencias sociales y sanitarias del consumo emergen de esta criminalización de la conducta. La penalización lleva a la marginación de los consumidores que por miedo a la persecución penal no acceden a los servicios de salud, logrando los prejuicios y la discriminación en la opinión pública. (Hügel, 1993)

En la Argentina, el sistema penal funciona a través de dos herramientas: la represión y la tolerancia que se entrelazan en la lucha contra la droga. Esto trae sospechas de connivencia entre el sistema penal, concretamente del sistema policial y los responsables del gran negocio que es el mercado de la droga. Se identifican casos de

integrantes de esa fuerza, en todos los niveles, nacional, federal, municipal que en vez de perseguir, negocia con aquellos grandes o pequeños mercaderes de sustancias.

La sociedad observa múltiples casos de “purgas o pase a retiro” de altos funcionarios policiales o policías de menor rango, por ser acusado de negociados con los narcotraficantes. Un caso fue el del Jefe de Policía de Santa Fe, Mayor Hugo Tognoli, que renunció a las horas de hacerse pública una investigación que lo acusaba de estar vinculado con una red de protección de narcotraficantes. El ministro de Seguridad de Santa Fe, Raúl Lamberto, confirmó que se le aceptaba la dimisión tras haber quedado comprometido por una serie de escuchas telefónicas en las que se confirmaría su accionar para favorecer a los narcos. (Radio continental,www.continental.com, 19 de octubre de 2012)

Las voces de los entrevistados expresaron coincidencia en torno a que en muy pocos casos se notifica, al atender a sujetos con consumo de sustancias consideradas ilegales, por las consecuencias jurídicas que tiene el consumo y por entender que el sistema policial no brinda las respuestas que debería proporcionar.

Otro punto sostenido por los entrevistados, es que las cárceles no son lugares de recuperación de aquellos que delinquen. El ingreso de un consumidor a estos sitios de reclusión, incide negativamente porque en la cárcel se consumen drogas, drogas de las peores, las más adulteradas y es factible que una persona en esa situación pase de las drogas blandas a las peores. (Pegoraro, 2005)

Desde distintos campos, se proponen otras posiciones, manifiestamente en contra de la actual política en torno a drogas: sostienen que marginaliza a los consumidores, dificulta su derecho a recibir atención y vulnera los derechos humanos, mediante las medidas terapéuticas a las que son obligados.

Graciela Touzé, especialista en estas temáticas, al inaugurar la VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas, organizada en 2008 por la Asociación Civil Intercambios señaló que la política de drogas del gobierno de la Presidenta Cristina

Fernández de Kirchner tiene un rumbo, que es la represión al narcotráfico y prevención; y si la policía encuentra a un chico en una situación de consumo problemático no lo lleva a la comisaría sino al hospital donde saben atenderlo, con énfasis en la política de reducción de daños.

La Diputada Nacional Graciela Giannettasio, Presidenta de la Comisión de Prevención de Adicciones y Control del Narcotráfico de la Cámara de Diputados declaró en la misma Conferencia, entre otros conceptos, que desde el punto de vista legislativo hay un concepto errático respecto de la ley de drogas y hasta 2007 no hay una única direccionalidad. La norma debería fijar límites claros y no arbitrarios para su aplicación. Ahora se está trabajando con los diferentes criterios existentes para encontrar un texto claro, que según nuestros compromisos nacionales e internacionales deje a salvo de una vez por todas a los consumidores de drogas.

Por otra parte, el legislador por Tierra del Fuego, en ese momento, por el bloque Solidaridad e Igualdad, Leonardo Gorbacz, sostuvo que la tenencia es una excusa para imponer medidas coercitivas que son selectivas. Que ahora se tiene un escenario novedoso, porque el Ministro de Justicia y la Presidencia de la Nación se comprometen a no perseguir a los adictos. Tenemos que ir hacia otra política y modificar la ley de drogas para dejar de penalizar a las personas que consumen.

En el panel también expuso el Senador Nacional de la Alianza Coalición Cívica por la Ciudad de Buenos Aires, Samuel Cabanchik, integrante de la Comisión de Defensoría del Pueblo de la Cámara alta, quien señaló que hay dos discursos en pugna: el discurso represivo ha parido una legislación represiva, y el discurso emancipador transforma al consumidor en un héroe. La creciente tendencia a una política dirigida a la reducción de daños puede ser un elemento superador de esa contraposición.

En el cierre del panel, Horacio Cattani, juez de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional Federal de Capital Federal advirtió al que consume que es el último eslabón de la cadena, se le destruye la vida con el encierro. Además que es

necesario políticas públicas y actualizar la legislación administrativa y la sanitaria: la Ley de Medicamentos está reglamentada en el año 1964; la Ley de Estupefacientes es de 1968 y la Ley de Psicotrópicos es del año 1971. Con el derecho penal a la vanguardia tenemos muchos problemas. (Cabachink, Cattani, Giannettasio, & Gorbacz, 2008)

Gracia Nuesch, Directora General de la Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones del Ministerio de Desarrollo Social en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, presentó los primeros pasos de la implementación de la Ley 2318 de Prevención y asistencia del consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo, vigente desde diciembre del año 2007. Fundamentó que se tomó la decisión de dejar la problemática de las drogas, bajo la órbita de Desarrollo Social, porque consideran el consumo de [SPA] como un problema de salud, educación, trabajo, jurídico y fundamentalmente un problema social. (Nuesch, 2008)

En ese año la mayoría de los expositores pareció consensuar sobre los daños que produce la penalización de la droga y fundamentalmente la penalización de la tenencia de drogas para consumo personal.

Estos discursos tenían su correlato en expresiones o noticias provenientes de personas significativas dentro del Gobierno nacional. Una de ellas fue el Ministro de Justicia, Aníbal Fernández quien expresaba que las personas que consumen drogas necesitan asistencia médica y no ser castigados como delincuentes. Además recomendaba al clero que deberían seguir esa filosofía, en clara respuesta a la Comisión Nacional de Pastoral de Adicciones del Episcopado, encabezada por el Obispo de Gualeguaychú, Monseñor Jorge Lozano, quien un día antes habría expresado que la droga en Argentina circula libremente. (Agencia Federal de Noticias, 2009)

Estos discursos en los medios de comunicación, al momento del trabajo de campo, son una muestra de cómo se pueden ir construyendo marcos de referencia comunes en la sociedad para futuras acciones de los grupos frente a este tema tan sensible. Se considera que mucho más fuerte será el impacto cuando los mensajes provienen de

instituciones que pueden generar determinaciones sobre el campo de la salud y de los trabajadores de la salud.

Con motivo de la firma de un acuerdo de cooperación entre el Presidente de la Junta Nacional de Drogas de Uruguay, Jorge Vázquez y el Ministro Aníbal Fernández, se comprometieron a comenzar un trabajo mancomunado en la lucha contra el narcotráfico y la recuperación del adicto. Allí nuevamente Aníbal Fernández expresaba que la decisión del gobierno nacional es no tratar al adicto como si fuera un delincuente, y que se pretendía que no vaya a una cárcel que es lo que hoy sucede en Argentina, sino que sea sometido a un tratamiento. También mencionaba que el Estado argentino empieza a detener a cabecillas de redes de narcotráfico, que se los está combatiendo como nunca el y que todo el énfasis esta puesto en la prevención más que nunca. (Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, 2009)

Los temas de la VII Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas y la I Conferencia Latinoamericana de Políticas de Drogas en Buenos Aires, desarrollada en el año siguiente (2009), fueron la despenalización de la tenencia de drogas para consumo personal, las reformas legislativas en la región, la atención integral de los usuarios de drogas y la generación de alternativas políticas ante el fracaso de la guerra contra las drogas impulsada en los últimos veinte años.

Como la anterior, esta Conferencia fue organizada por la Asociación Civil Intercambios, con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud [OPS] y otros organismos de la [ONU].

Durante la inauguración de las Jornadas, el Ministro de la Corte Suprema de Justicia, Eugenio Zaffaroni, señaló que hacía treinta años que viene diciendo que el artículo 19 de la Constitución Nacional (que habla sobre los actos privados de los hombres) debe ser respetado y que este tema entra en ese artículo. Explicó que lo que se logra cuando se prohíbe el consumo es subir los precios y esa suba da lugar a la acumulación de más capital ilícito, lo cual permite romper más y más barreras

institucionales. Así se instala un círculo vicioso que desemboca en el llamado 'crimen organizado', que provoca mayor cantidad de muertos que los tóxicos prohibidos.

Por su parte, el ya Jefe de Gabinete Aníbal Fernández expresó la postura oficial frente a este tema, que era aplicar la reducción de daños, diferenciar las sustancias ilegales de acuerdo al daño que producen, cuidar por sobre todo la salud de las personas, y reconocer la inconstitucionalidad del castigo penal a un usuario privado.

Graciela Touzé, Presidenta de Intercambios Asociación Civil, advirtió sobre las consecuencias que han generado en América Latina las políticas punitivas, que son el aislamiento y encarcelamiento desproporcionado de usuarios de drogas y "mulas", la persecución y empobrecimiento de poblaciones campesinas sometidas a la erradicación forzada de cultivos sin alternativas sustentables, a la violencia social y a la violación de derechos humanos básicos. (Fernández, Touzé, & Zaffaroni, 2009)

Otro aspecto que se debatió fue la necesidad de reformas de políticas de drogas en el mundo. Martín Jelsma, coordinador del Proyecto Drogas y Democracia del *Transnational Institute* [TNI], de Ámsterdam, Holanda, planteó que se reconoce que existen contradicciones entre un control de drogas represivo y el respeto a los derechos humanos, el derecho a la salud y una estrategia eficaz contra él [VIH-Sida], ya que las convenciones constituyen instrumentos anacrónicos que en algún momento deberán ajustarse a los cambios de paradigma y de prácticas como la reducción de daños, descriminalización y políticas alternativas a la represión, en lo que hace al consumo de la marihuana. (Jelsma, 2009)

Mónica Cuñarro, coordinadora del Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja de la Jefatura del Gabinete de Ministros, señaló que es necesario analizar las posibilidades de la armonización normativa entre los países de América Latina y compatibilizar convenciones para coincidir en la persecución de los delitos asociados al narcotráfico. También discurrió respecto a las leyes tan penalistas que tienen los países de América

Latina, para reflexionar que no se tienen los recursos para que todo se resuelva en grandes cárceles. (Cuñarro, 2009)

Otros temas abordados en la reunión fueron las experiencias concretas de tratamientos a usuarios de drogas. Desde Santa Fe, la Viceministra de Salud Dra. Débora Ferrandini, describió la experiencia de cerrar una institución psiquiátrica: fue intentar una lógica diferente y derivar a los pacientes al sistema de salud y a las familias. Esto generó resistencia de los profesionales, pero otros muchos entendieron que el sufrimiento de estos pacientes debía ser alojado y hacerles un lugar en la sala general de los hospitales. (Ferrandini D. , 2009)

Por otra parte, el 25 de agosto de 2009, la Corte Suprema falló en favor de la tenencia de marihuana para consumo personal, hecho conocido como el "caso Arriola". El máximo tribunal declaró inconstitucional la aplicación de la Ley de Estupefacientes para condenar a cinco jóvenes que en 2006 fueron detenidos en Rosario, con cantidades mínimas de esa sustancia y por esta razón, los absolvió.

Con este pronunciamiento, la Corte declaró inconstitucional el castigo del consumo de marihuana en adultos, si se hace en un ámbito privado y no implica peligros para terceros. No obstante, los magistrados no ordenaron la despenalización general del consumo de marihuana ni de otras drogas.

En esa causa, cinco jóvenes fueron condenados porque en su poder se encontraron tres cigarrillos de marihuana, medida que fue cuestionada por inconstitucional. Inicialmente, quedaron imputados tanto los vendedores *o dealers* como los compradores de cantidades menores para consumo personal.

La Corte ya había confirmado la condena a Sebastián Arriola y Mónica Vázquez por vender droga, pero luego absolvió a los cinco jóvenes acusados por tenencia. Durante la investigación del caso, estas personas no eran más que "perejiles", pero de todas maneras se los investigó con tareas de inteligencia. Algunos de ellos fueron detenidos en la calle después de comprar, con algunos gramos de marihuana encima.

Con esto, la Corte asumía una postura "limitada" sobre el tema, ya que el pronunciamiento solo hacía referencia al consumo de marihuana y no comprendía al de otras sustancias. Defendía el respeto por las acciones privadas de las personas, siempre y cuando estas acciones no perjudiquen a terceros. La medida ponía el acento en perseguir y condenar a los vendedores de droga y los narcotraficantes. En su fallo, el máximo tribunal llamó a todos los poderes públicos para que aseguren una política de estado contra el tráfico ilícito de estupefacientes y a adoptar medidas de salud preventivas, con información y educación disuasiva del consumo. También puntualizó que estas políticas deben priorizar a los menores, con el fin del dar adecuado cumplimiento a los tratados internacionales de derechos humanos suscriptos en el país. (Corte Suprema de la Nación, 2009)

A principios del mes de mayo de 2009, la Cámara Federal de Buenos Aires ratificaba la inconstitucionalidad de la ley que reprime la tenencia de drogas para consumo personal. Lo hizo al dictar un fallo en el que absolvió a un muchacho que fue sorprendido en la entrada de una fiesta electrónica con 15 pastillas de éxtasis en su poder. Sobre este caso la Dra. Marta Abonizio expresó que era un tema muy complejo, difícil de abordar, pero que demonizando al consumidor y simplificar la cuestión es un error. Que el consumo de sustancias que son de diseño como el éxtasis, distintas a las de origen vegetal, tiene como principal problema la salud y de ninguna manera debe ser un problema penal. En la medida en que se transforma en una cuestión penal, el consumidor tiene problemas para entrar en un tratamiento y es estigmatizado. Consideró que resulta de una gran hipocresía condenar al usuario de drogas cuando las drogas legales o ilegales son mercancías del mercado formal o informal, alimentados por las grandes industrias química y farmacéutica. Por último subrayó la necesidad de perseguir a fabricantes de precursores, a los laboratorios de cocaína o a los que procesan la pasta base, pero también ayudar sanitariamente al consumidor y no mandarlo a la cárcel. (Abonizio M. , 2009)

Hugo March quien estuvo al frente de la Dirección Provincial de Prevención y Asistencia de las Adicciones y otros comportamientos de alto riesgo, que dependía de la Secretaría de Promoción Comunitaria del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia de Santa Fe hasta el año 2007, también se expresó en contra de penalizar el consumo de drogas por considerar la adicción como una enfermedad, y apuntó a desarrollar "factores de protección" que no condenen a los enfermos de antemano. Aclaró que esto no implica que una persona, por padecer una enfermedad, no tenga que responder por los actos ilícitos que comete. Enfatizó que no estaba de acuerdo con la penalización del consumo de droga, porque considera que una persona que consumió o está intoxicada no cometió un delito, y que el acto tiene más que ver con un tema sanitario más que un tema delictivo. (March, 2006)

Por esos años las diferencias entre los fallos judiciales y pronunciamientos públicos de las principales figuras políticas reavivaron la discusión acerca de la despenalización. Más allá de eventuales cambios en la legislación, el evidente desacuerdo entre los jueces en la interpretación de la normativa actual hacía necesario una toma de posición por parte de la Suprema Corte. Cabe destacar que las posiciones a favor y en contra se veían reflejadas tanto en los medios de comunicación como en los tres poderes del Estado.

A favor se produjo un fallo de la Sala I de la Cámara Federal de la Ciudad de Buenos Aires que sobreseyó en mayo 2009 a una mujer a la que habían encontrado con cinco gramos de cocaína por considerar anticonstitucional la Ley de Drogas 23.737, que criminaliza la posesión individual de estupefacientes. En base a esta ley, el juez subrogante Marcelo Martínez de Giorgi había dictado en primera instancia el procesamiento de la mujer.

Otro caso fue en la Sala II de la misma Cámara que sobreseyó a un ciudadano de nacionalidad rusa que estaba acusado de transportar cocaína en cápsulas que había ingerido previamente. El hombre sufrió una hemorragia digestiva a causa de que una de

esas cápsulas se dañó, y fue atendido en el Hospital Argerich de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El médico que lo atendió realizó la denuncia, pero el tribunal consideró que la denuncia no era válida porque era la propia reglamentación legal la que, en este caso, imponía privilegiar el secreto médico en procura de la preservación de la vida, la salud y la intimidad del paciente, impidiendo que se vea inmerso en el dilema de asumir el riesgo de ser condenado.

Como contrapartida, la Justicia Federal de Córdoba, Tucumán, La Plata y Mendoza estableció diversas condenas en casos de tenencia para consumo personal. Por ejemplo, en Tucumán, se condenaron a dos personas a las que se secuestraron 1,2 gramos de marihuana y 0,5 de cocaína; en Mendoza la Sala B de la Cámara Federal de Apelaciones argumentó que era imposible creer que los que tienen y consumen drogas no representan un peligro de “contagio”, para rechazar el planteo de la defensa. Los Tribunales de segunda instancia de Comodoro Rivadavia y Rosario ya habían anulado sentencias de primera instancia que sobreesían a imputados por pequeñas cantidades para consumo personal.

La misma diferencia de criterios se encontraba sobre el cultivo doméstico. La Sala I de la Cámara Federal de la Ciudad de Buenos Aires sobreesió a un joven que tenía cuatro plantas de marihuana en su balcón, la Cámara Federal de San Martín, provincia de Buenos Aires, procesó a otro por “siembra y cultivo de plantas para producir estupefacientes” por tener plantas de marihuana para consumo personal.

Las principales figuras políticas también tenían diferencias. Mientras el Jefe de Gobierno porteño Mauricio Macri, decía explícitamente que la figura de tenencia neutral, que se propone en el proyecto de ley oficialista, podría significar un descontrol mayor, desde el Gobierno Nacional, tanto el ex Presidente Néstor Kirchner como la actual titular del ejecutivo Dra. Cristina Fernández de Kirchner, se impulsaba una ley de despenalización. Esta postura fue rechazada por otro integrante del gobierno, el actual gobernador Daniel Scioli. (Diario La Voz, Córdoba, 2009)

En el mes de marzo de 2009, un total de ochenta integrantes del Poder judicial, entre otros, Horacio Cattani, Luis Niño, Eduardo Freiler, Daniel Rafecas, Patricia Llerena, Javier De Luca, la defensora general, Stella Maris Martínez, y los jueces y fiscales Carlos Rívolo, Mónica Cuñarro, María Cristina Camiña, Martín Vázquez Acuña y Jorge Luis Rimondi, emitieron un documento donde reclamaban una nueva legislación sobre drogas que no persiga a los usuarios ni penalice la pobreza, señalando que el tratamiento compulsivo que establece la ley 23.737 es anticonstitucional.

Dichos integrantes del Poder Judicial, ante este contexto de diferentes criterios e interpretaciones y mientras no se modifiquen las leyes vigentes, solicitaban un pronunciamiento de la Suprema Corte de Justicia para que establezca una jurisprudencia que pueda ser tomada como referencia firme. (Intercambios Asociación Civil, 2009)

Una encuesta realizada por el Centro de Estudio En Drogodependencia y Sociopatías [CEDROS], de la Universidad I Salud (Buenos Aires) arrojó que cerca del 70% de la población de Buenos Aires y del cono bonaerense estaba en desacuerdo con la iniciativa oficial de despenalización del consumo de drogas. Las mujeres fueron las que más en desacuerdo estaban con la iniciativa oficial: 67.9% y los varones 62.9%. De la población que vivía en el cono urbano, 67.6% rechazaban la despenalización, porcentaje que en el universo de la ciudad de Buenos Aires fue de 61.9%. La mayor parte de los porteños y habitantes del cono urbano, 64.2 % coincidieron en que la despenalización del consumo de drogas no garantizaba la calidad de las sustancias para la protección del consumidor, 64.2%, ni redundaría en la desaparición del narcotráfico, 72%. La encuesta se realizó en marzo de 2009, sobre 600 entrevistas a personas de distintas edades y estratos sociales y demostró que el desacuerdo con la despenalización es mayor a medida que aumenta la edad de los encuestados. En cuanto a la relación despenalización y las consecuencias en los niveles de consumo y violencia urbana, no se encontraron tendencias marcadas en la opinión de la población (Universidad I Salud Centro de Estudios en Drogadependencia y Sociopatías [CEDROS], 2009)

A pesar de los esfuerzos desde el Estado y de organismos civiles, los resultados de la encuesta marcaron que el discurso hegemónico acuñado durante años está en el núcleo mismo de las [RS] y se hace visible en estos encuestados dejando emerger que no ha podido ser modificado o transformado todavía por estas nuevas posiciones.

En la apertura de la VIII Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas, año 2010, Stella Martínez, Defensora General de la Nación del Ministerio Público, abogaba que sin una ley que descriminalice la tenencia para consumo y que marque pautas serias para controlar precursores químicos y fondos, lo que se estaba haciendo en materia de consumo no podía considerarse como una política seria.

Mónica Cuñarro, recordó que salvo Argentina y Venezuela todos los países de la región han descriminalizado la tenencia para consumo personal. (Cuñarro & Martínez, 2010)

Ese mismo año, el 25 de noviembre, el Congreso de la Nación Argentina, sancionó la nueva Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 que implicaba un cambio de paradigma, al pasar de un enfoque tutelar de las personas con padecimiento psíquico y con consumo problemático de drogas a uno que las considera sujetos de derecho. En su artículo 4 incluye expresamente a las personas con uso problemático de drogas dentro del campo de la Salud Mental, marcando que 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. En el mismo sentido, la nueva ley prohíbe la creación de nuevos manicomios o neuropsiquiátricos, impide la internación involuntaria, salvo como "recurso terapéutico excepcional", consagra el derecho a recibir el tratamiento que menos restrinja derechos y libertades del paciente, así como la posibilidad de acceder a los antecedentes, las historias clínicas, y el derecho a ser informado de manera adecuada de las alternativas de atención y a tomar las decisiones relacionadas con su tratamiento.

En cuanto a la modificación del artículo 482 del Código Civil, se enuncia que no podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad

mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial. (Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, Dirección de Salud Mental y Adicciones, 2010)

El 5 de julio de 2011, se desarrolló en Buenos Aires, la 9º Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas, organizada por la Asociación Civil "Intercambios", y allí nuevamente fue invitado el Jefe de Gabinete Aníbal Fernández, quien redobló la apuesta exponiendo que hay que enfrentar el problema y no creer que se está combatiendo a la droga porque se va en contra de pibes que andan con un porro. También aclaró que si bien a fin de ese año dejaría de ser jefe de gabinete, seguiría con el tema de la reforma de la actual Ley de Estupefacientes N° 27.737, como senador, ya que considera que si bien, del universo de las personas que usan drogas, un 75% son consumidores recreativos, este consumo también trae riesgos y hay que prestarle atención. Respecto a los grupos de consumidores problemáticos, consideró que es necesario ampliar la oferta de atención, incluidas las estrategias de reducción de riesgos y de reducción de daños.

Graciela Touzé, una vez más, abogó por la reforma de la Ley de Estupefacientes, que despenalice la tenencia de drogas para el consumo personal y el autocultivo. (Fernández & Touzé, 2011)

Yago Di Nella, Director Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, también realizaba en esa Conferencia, anuncios como que se estaban incorporando equipos de salud comunitaria de atención en seiscientos Centros de Integración Comunitaria (CIC) de todo el país para la atención de las adicciones y también la prevención. Destacó que esta forma de trabajo es inédita en la Argentina, ya que comienza con la atención de las personas y no con la persecución de las sustancias. (Di Nella, 2011)

En la misma línea sobre la protección del que consume y tiene drogas para uso personal, aportaba Mónica Cuñarro que es fácil sumarse al spot publicitario de "guerra a

las drogas”, sin reflexionar contra quien es la guerra. Parecería que es hacer la guerra contra las doce mil personas que son encarceladas al año por usar drogas, o son pequeños comerciantes del tráfico y mulas. También reclamó que no quiere que en esa lucha, el máximo éxito sea el fallo de la Corte [en referencia a la sentencia del máximo Tribunal conocida como Fallo Arriola] que en 2009 declaró inconstitucional la penalización de la tenencia para consumo. (Cuñarro, 2011)

El Documento de los Magistrados Latinos, también reconocía, en total consonancia con el Informe 2011 de la Comisión Global de Políticas de Drogas, la necesidad de terminar con la criminalización, estigmatización y marginalización de las personas que usan drogas, así como abolir las prácticas de internación forzosa o tratamientos que van en contra el derecho de la libre autodeterminación (Declaración De Roma, Documento de los Magistrados Latinos sobre la Política Pública en Drogas y Derechos Humanos, 2011). Este Documento fue firmado por Argentina por tres magistrados: Martin Vázquez Acuña, juez de la Cámara N° 1 en lo Criminal de la ciudad de Buenos Aires; Mónica Cuñarro, Fiscal y Graciela Julia Angriman, jueza del Juzgado Correccional N° 5 de Morón Provincia de Buenos Aires.

Resulta digno de destacar que el Documento reconoció el fracaso de la guerra a las drogas y que las reformas penales y las legislaciones de emergencia solo han aumentado los nichos de corrupción, en estamentos políticos, judiciales y sobre todo de las fuerzas del orden y prevención, en los últimos 30 años.

Por eso se recomienda que el combate contra las drogas se realice mediante una postura flexible a todo tipo de políticas sociales, educativas, sanitarias, laborales, sin discriminar a ninguna alternativa posible. La estrategia del Estado será escuchar y contemplar la asistencia integral a los usuarios de drogas y realizar fuerte campañas de prevención inespecífica, no solo sobre las sustancias ilegales, sino también sobre las legales y sobre todo generar políticas de verdadera inclusión social y laboral (pág. 3)

El Documento de los Magistrados Latinos, estaba en total sintonía con lo que expresaba la Comisión Global de Políticas en Drogas [CGPD], ya que consideraba que la guerra global contra las drogas había fracasado, con consecuencias devastadoras para individuos y sociedades alrededor del mundo. Luego de más de cincuenta años del inicio de la Convención Única de Estupefacientes, y cuarenta años después que el Presidente Nixon lanzara la guerra a las drogas, expresó que se necesitan reformas urgentes en las políticas de control de drogas nacionales y mundiales (Comisión Global de Políticas en Drogas [CGPD], 2011)

Asimismo, reconocía que la gran cantidad de recursos destinados a la criminalización y a medidas represivas orientadas a productores, traficantes y consumidores de drogas ilegales habían fracasado en reducir eficazmente la oferta o el consumo. Dado que todos los esfuerzos represivos estaban dirigidos a los consumidores, esto impedía las medidas de salud pública para reducir el [VIH-SIDA], las muertes por sobredosis y otras consecuencias perjudiciales del uso de drogas. (pág. 2)⁸

Las políticas públicas son determinantes al momento de comprender para prevenir, tratar de recuperar y rehabilitar, en este caso, a los sujetos singulares con uso problemático de sustancias.

Sin embargo, la complejidad y el juego de poder que implica este tema, aun al cierre del informe de esta investigación, ya casi terminando el período de la presidencia de la Dra. Cristina F. de Kirchner, no se ha tomado una decisión en esta arista de la problemática, a pesar de que muchos miembros de su gabinete han planteado claramente el deseo de eximir de pena a aquel que es detenido consumiendo o con tenencia de droga para su uso personal.

c) “Consume por problemas en la personalidad o con los padres, la familia o la pareja”

⁸ Nota de la autora: dado que las novedades sobre las Políticas Públicas sobre drogas van modificándose periódicamente, se hizo un corte de la información en julio 2011.

Los relatos que dan cuerpo a estas representaciones se ubican dentro del modelo de intervención psicosocial. Del triángulo epidemiológico aplicado a las drogas cuyos vértices son la sustancia, la persona y el contexto, lo central es la persona y el vínculo que establece con la sustancia.

El contexto es la variable interviniente en la conformación del comportamiento y de las actitudes, pero considerado desde una dimensión microsocial o de grupos de pertenencia, con especial énfasis en la familia y el grupo de pares. Este modelo reconoce que existe en la persona una patología de base y que se pone de manifiesto en el contexto inmediato a través del consumo de drogas. (Touzé & Goltzman, 2007)

El que hace uso de las drogas es un enfermo que hay que tratar, pero para poder comprender el porqué de su enfermedad o desvío es necesario analizar las relaciones sociales primarias que incluyen la familia, la pareja y los amigos. (Ortega de Medina, Osorio Rebolledo, & Pedrão, 2004)

Al analizar el vínculo que establecen con las sustancias surge el concepto de usos de la sustancia, donde no interesa tanto qué consume sino cómo lo consume. En este modelo, los usos que se consideran son: el experimental, ocasional, habitual y dependiente. El experimental o primer encuentro, con una droga cualquiera, generalmente se produce en la adolescencia y por su carácter de experimentación es cuando el sujeto adquiere los primeros aprendizajes con las drogas tanto legales como ilegales. Existe un uso ocasional cuando una vez probadas la o las sustancias se continúan usando en forma ocasional y por diferentes motivos: personales, compañías, familiares, haciéndolo de forma exclusiva y en determinadas circunstancias de tiempo espacio o compañía. El uso habitual es un consumo regular y diario de la sustancia y uso dependiente de la droga es cuando la persona y su identidad están comprometidas con todo y solo tienen que ver con la droga. (Organización No Gubernamental, El Abrojo, pág. 122)

La sospecha que los rasgos de personalidad pueden incidir en el inicio y mantención del consumo aparece en los relatos de los enfermeros. Indagada la literatura parecería existir una relación consistente entre las conductas de consumo y la búsqueda de nuevas sensaciones por parte de jóvenes y adolescentes, como forma de reaccionar frente al aburrimiento y al hastío. Un alto nivel de inseguridad acompañado de una baja autoestima serían otros rasgos que permitirían ser más influenciados por la presión de sus amigos y compañeros y de los adultos que los incitarían al consumo. También la rebeldía sería un precursor para vincularse con las sustancias y en especial con las ilegales. (González Calleja, García-Señorán, & González González, 2000)

Otro enfoque dentro de los rasgos de personalidad señala que existiría una disposición previa o predisponente a la drogadependencia. El sujeto que consume revela en sí un sufrimiento a partir de un proceso de inicio remoto, incluso fuera de su memoria, lejano, impreso como una falta, que tendrá inexorablemente un destino de repetición en el consumo que hace durante su dependencia a las drogas. Este problema sería un síntoma dentro de su patología, que lo lleva al consumo de sustancias, considerando al sujeto como un enfermo y a su enfermedad, su adicción, como originada en un malestar psicológico.

La familia es analizada dentro del contexto microsocial del consumidor, como el espacio donde se convive y donde se transmiten los valores, sentimientos y emociones. Cada familia con la complejidad de sus roles, con sus funciones de sostén o biológica, sostén económico, educativo y espiritual tiene una forma de transmitir valores y se transforma en un factor importante al momento de definir la tendencia al consumo de sustancias. La familia es una parte elemental en la historia del uso y abuso de sustancias que puede disminuir o provocar caídas y que es un pilar importante en la detección, aceptación, orientación, canalización, tratamiento, rehabilitación y mantenimiento de abstinencia. (Torres García, 2007)

En las voces de los entrevistados aparecen consideraciones sobre la dinámica familiar considerándolas como factores protectivos o al contrario, de riesgo, para que los jóvenes puedan usar o abusar de las sustancias. (Touzé & Goltzman, 2007).

En este sentido, se considera un factor de riesgo a un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento). Y, por factor de protección un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce, o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas. (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2010)

Dichos autores afirman que en la problemática de consumo de sustancias se consideran como factores de riesgo familiares el consumo de alcohol y drogas por parte de los padres, ausencia o mínima disciplina familiar, conflictos familiares, historia familiar de conductas antisociales o bien favorables hacia el consumo de sustancias, abuso físico. Como factores de protección consideran el apego familiar, la confianza en el seno familiar, creencias saludables, altas expectativas de los padres, dinámica familiar positiva.

Otro autor menciona que el papel de la familia como factor etiológico en el consumo de drogas siempre ha sido reconocido, pues es el primer entorno social en que se desarrolla la vida de las personas. No está claro si la propia dinámica familiar es la que propicia la conducta adictiva o si debido a esta conducta, la dinámica familiar se vuelve disfuncional. Ahora bien, sí resulta claro que la familia puede ser factor desencadenante, un factor de mantenimiento de la situación o bien actuar de modo diferente siendo un factor protector frente al consumo de drogas que tienen los jóvenes. (Celis Murillo, 2012)

Los entrevistados identifican en sus discursos que el consumo de sustancias se torna problemático ante la falta de relaciones funcionales familiares, la ausencia de afecto

o imposición de normas y controles claramente marcados, teniendo como supuesto clave que cuanto mayor es el apego a la familia, menor será la influencia de los iguales, siendo ese apego un factor protectorio.

Según Cellis Murillo (2012) una familia cumple sus funciones cuando reconoce a cada miembro, establece una comunicación clara y directa y los roles de padre y madre son llevados adelante con responsabilidad. Cuando existe disfuncionalidad, no hay comunicación o, por lo menos, no es lo suficientemente franca, existe ausencia de bienestar entre sus miembros, falta de cohesión, corrimiento de roles donde hijos y padres cumplen otra función parental, están presentes las agresiones, entre otros. De igual modo, no se encuentra el espacio para mostrar el enojo o la tristeza, la agresión o la frustración. Ocultamiento que genera tensión, creyendo que si se manifiesta la familia se destruirá. En ciertos grupos, pueden existir miembros de la familia que toman el rol de paciente o chivo expiatorio para poder mantener ese equilibrio a través de sus síntomas.

También, las voces recogidas, reconocen que el joven consumidor enferma por situaciones que se originan en ese medio social cercano pero se desdibujan las causas generadas en un contexto macrosocial que incluye variables económicas y políticas entre otras. (Kornblit, Camarotti, & Di Leo, 2011).

En este sentido, las situaciones sociales que ocurrieron en las tres últimas décadas en el país, con ajustes económicos, hiperinflación, conflictos bélicos y desocupación, fueron socavando los entramados familiares. Se pueden enumerar situaciones que irrumpieron a partir de esas pérdidas como por ejemplo, padres desempleados, separaciones y divorcios, apuros y apremios económicos, aumento de la violencia doméstica contra hijos y mujeres, conductas de consumo excesivo de alcohol y otras sustancias, trastornos psiquiátricos, fundamentalmente depresiones, cuadros de angustia y de pánico, que hicieron que los hijos sufrieran el mayor impacto, generando subjetividades vulnerables.

Esta serie de frustraciones crónicas de necesidades insatisfechas fueron afectando a la familia y cuestionando los roles parentales que antes cumplían en función de la conformación de la subjetividad de los hijos. (Tabares, 2007)

Los entrevistados reconocieron que las adicciones de sustancias son problemáticas sociales complejas. Alfredo Carballada, citado por Silvestre (2011) las considera como expresiones de la cuestión social, caracterizadas por una complejidad que remite tanto a aspectos objetivos como subjetivos de los problemas sociales, también a las normativas y al impacto que producen en la sociedad.

Otro elemento mencionado, que considera puede favorecer el ingreso y mantenimiento del consumo, son las influencias de los compañeros y amigos. En efecto, en los jóvenes tienen un papel importante ya que entre compañeros de grupo o grupos de amigos se desarrollan comportamientos similares. De hecho, la mayoría de los adolescentes y jóvenes que consumen son introducidos por sus amigos, ya sea porque se sienten presionados o bien para poder ser aceptado y pasar a formar parte del mismo. En los grupos donde hay usuarios de sustancias es más frecuente encontrar más consumidores que jóvenes que no lo hagan porque es muy fuerte el refuerzo de comportamientos a través del modelado o aprendizaje social (González Calleja, García-Señorán, & González González, 2000)

Horacio Tabares (2007) considera que allí se reproduce el consumo y la adicción, siendo lugares de transmisión de modos y ritos, de provisión de las sustancias y por donde circula la información sobre los integrantes del grupo, que puede estar relacionada con su situación respecto de la ley o bien de su estado de salud.

Un relato muestra la fuerza del grupo al producir la recaída en un consumidor luego de meses de rehabilitación. La dependencia a las sustancias químicas es un problema crónico y, por su propia naturaleza, presenta tendencia a episodios de recaídas. La recaída es considerada un estado de crisis que, como toda crisis, tiene su lado positivo ya que se torna facilitadora de la rehabilitación, porque la persona reconoce que su

problema es una enfermedad crónica. Durante ese episodio crítico, el usuario pierde la ilusión de creer que por haber estado en abstinencia está recuperado y curado. El estado de malestar físico está directamente relacionado con la ausencia de droga en el organismo y la dependencia psíquica se vuelve incontrolable. Durante los períodos de abstinencia, el contacto con pares o amigos que continúan en el uso de las drogas, hace que el sujeto, al no tener otros elementos de contención, vuelva casi inevitablemente al consumo. (Buchele, Michelle, & Rabelo, Abril-Junio 2004)

Según María Pía Pawlowicz (2007) estos grupos y las redes de amigos se identifican y diferencian entre sí a través de prácticas y significaciones que los distinguen, donde las pautas grupales conforman el escenario del consumo y condicionan tanto física como simbólicamente a cada integrante del grupo en el uso y tipo de drogas.

Otro entrevistado puso en escena la problemática del género que también atraviesa al consumo de sustancias. En Argentina, las encuestas nacionales realizadas por [SEDRONAR] muestran que año tras año las mujeres están incrementando el consumo de las sustancias consideradas legales (tabaco, alcohol), pero también otras como la cocaína. (Secretaría de Programación Para la Prevención de la Drogadicción y el Narcotráfico [SEDRONAR], 2010, 2010)

Al momento del trabajo de campo también los medios de comunicación indicaban un aumento del consumo en las mujeres. Un diario de tirada muy importante en la ciudad mencionaba que durante los fines de semana llegaban jóvenes alcoholizados, siempre más varones, pero también mujeres, a la Guardia del Hospital Juan B. Alberdi, cuyas edades oscilan entre 15 y 25. (La Capital, Edición On Line, 2009)

En principio, diferentes investigaciones e incluso en la fase cuantitativa de este trabajo muestran que el consumo de sustancias es una práctica más frecuente en hombres, pero hay un reconocimiento que la construcción social de los géneros condiciona las prácticas y también las representaciones al respecto. (Pawlowicz M. P., 2007).

Como ejemplo, se cita la tesis de Belkis Cavalieri (2008) realizada con consumidores internados en una comunidad terapéutica de la ciudad de Rosario. Sobre un total de internados había 41 hombres y sólo 9 mujeres. Los internados daban como posible explicación de esa mayoría masculina, que la mujer sufre y se expone más al drogarse, entre otros por sus embarazos, por sentirse responsable de mantener la convivencia con sus compañeros y para sostener el hogar.

Se visualiza que las cifras menores de consumo en las mujeres podrían tener su explicación en el entrecruzamiento de los estereotipos y complejidad del género con la problemática de las sustancias psicoactivas.

Unido a esto surgen discursos donde relacionan el género con la depresión, como un problema más frecuente en las mujeres. Desde los primeros Estudios Nacionales sobre el Consumo de Sustancias realizados por [SEDRONAR] se pudo identificar que existen perfiles de consumo típicamente femenino como el de los sedantes o hipnóticos (F13), evidencia lograda también en la Fase cuantitativa de este trabajo. (Secretaría de Programación Para la Prevención de la Drogadicción y el Narcotráfico [SEDRONAR], 2010, 2010)

d) “Son producto de la desocupación y el hambre” “Es un fenómeno social que no tiene vuelta atrás”

Se vislumbra en los relatos la complejidad del fenómeno ya que, de una forma u otra, relacionaron el problema del consumo con lo que ocurre en el contexto macrosocial que rodea al usuario de sustancias.

Reconocieron variables que inciden en el problema como las crisis económicas, laborales y sociales, que atraviesan y fragmentan a instituciones como la familia, la escuela o el sector educación, la salud y la justicia.

Coincidiendo con lo expresado por Abonizio (2004), algunas de las [RS] que surgieron están ancladas en un modelo sociocultural de pensar el problema reducido a una arista, la económica, y a una sola clase social, los pobres.

Efectivamente, no aparecen en los discursos referencias al carácter político del problema de las drogas, a pesar de que en el momento de trabajo de campo, los medios masivos de comunicación estaban embebidos en la temática de la despenalización del uso de marihuana, luego del caso Arriola. Como ejemplo de la fragmentación de las políticas públicas en la temática, se señala que en un encuentro organizado en el Nodo Rosario, en el marco del Programa Intersectorial de Asistencia y Acompañamiento en el Uso Abusivo de Sustancias Psicoactivas hubo enfrentamientos entre representantes de [SEDRONAR] que asistieron y sostuvieron una postura en contra de la tenencia libre de marihuana, mientras que los funcionarios de la Provincia de Santa Fe querían alejarse del discurso criminalizador del uso de sustancias. (Castaño, 2009)

A nivel local y provincial, los funcionarios públicos centraban sus esfuerzos en plantear en los medios de comunicación que el consumo de alcohol por parte de los jóvenes es uno de los principales problemas, pero anulando totalmente la mención de otro tipo de drogas, quizás amparados en la falta de registros estadísticos o epidemiológicos que pudieran relevar qué usos y consumos se hacían en la región y, de este modo, ajustar o focalizar intervenciones frente a las demandas de la población. (Silvestre, 2011)

Estos funcionarios revalorizaban la implementación de estrategias de carácter interdisciplinar e intersectorial, no desde una perspectiva de control sino abriendo los espacios de la atención pública a los usuarios, corriendo el eje de la cuestión delictiva centrada en la tenencia, para poner el eje en lo subjetivo y en la modalidad de atención que se les debería brindar.

Los enfermeros dieron argumentaciones respecto a los usuarios manifestando que se alejan de la comprensión de lo individual y subjetivo en la génesis del consumo, para reconocer al contexto como generador de esas conductas. Así identificaron que el consumo de sustancias se produce en los jóvenes y los niños, pero los de condiciones más humildes, más pobres y los más excluidos.

Ese mismo discurso se sostenía desde el Gobierno de Santa Fe, en el Programa Provincial Intersectorial para atender los problemas de drogas. Reconocían que las adicciones y el consumo aparecían como el emergente de mayor riesgo para niños y jóvenes en condiciones de vulnerabilidad, que conformaban poblaciones que se encontraban expulsadas de los escenarios públicos, en el borde de las instituciones o por fuera de ellas. Estas condiciones estaban relacionadas con la falta de trabajo, con estrategias de supervivencia casi rozando la ilegalidad, con situaciones de violencia familiar y / o entre pares, desescolarizados o con escolaridad precarizada, con ausencia de sistemas de protección social y disolución de los vínculos familiares. Muchos se encontraban en situación de consumo de sustancias adictivas; en circuitos delictivos y/o en conflictos con la ley penal; en situaciones cuyo lazo social no ponía de relieve la existencia de filiación, pertenencia o reconocimiento, entrando en el universo de la anomia, transitando por una sociedad que nada parecería esperar de ellos. (Gobierno de Santa Fe Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2009)

Se presentaron diferencias en los relatos, en términos de grupo etario y clase social: sostuvieron que los jóvenes en situación de vulnerabilidad recurren a las sustancias como medio funcional para resolver la falta de oportunidades, las desigualdades, la exclusión. No obstante, el consumo también se encuentra en ámbitos con oportunidades y contextos sumamente favorables como es la universidad, las profesiones de la salud, y no solo jóvenes sino adultos maduros insertos en el campo laboral, entre otros.

Dentro los factores macrosociales se planteó la relación entre las drogas y los medios de comunicación. La naturaleza de las sustancias tan compleja y cambiante y los distintos intereses que giran a su alrededor, hacen que exista en los medios masivos muchísima información saturada por prejuicios morales, datos sensacionalistas, la carencia de datos fidedignos, pero, por sobre todo, es un tema donde la política y la economía llegan a ocultar y desnaturalizar la misma esencia del fenómeno. Según el

medio que sea responderá a la posición del Estado, o a la posición de los grupos de poder, a la comunidad internacional, a lo que la sociedad espera que se diga, etc. Los especialistas concuerdan que los medios pueden llegar a producir realidad social, a partir de los intereses que tengan o a quienes respondan. (Del Olmo, 1997).

Los medios de comunicación social, al constituirse en la principal fuente de información sobre el tema, cumplen un papel fundamental en la construcción de representaciones sociales, especialmente de la gente joven, y también de sectores bajos o medios bajos de la población, que no tienen acceso a otros medios para tener una versión adecuada de la realidad.

El ciudadano común se siente incapacitado para defenderse frente a un fenómeno nuevo y de tal magnitud como son las drogas. Las noticias, y en especial aquellas que tienen que ver con las drogas ilegales, el narcotráfico, la violencia engendrada a partir de ese negocio, le producen una gran alarma, haciéndose presente una angustia colectiva que se traduce en la aparición de estereotipos, donde todos los drogadictos son delincuentes, todos son enfermos y el narcotráfico hace peligrar la soberanía nacional y la democracia. (pág. 121)

Como la temática es foco de preocupación social, la tendencia de los medios de comunicación es dar respuestas simplistas que satisfagan las expectativas de la sociedad, sin tomar distancia ni realizar un mínimo análisis de aquella información que amplifican las noticias y ayudan a forjar la opinión pública.

La mayoría de las noticias sobre las drogas está fuertemente asociada a lo delictivo, dentro de un marco jurídico social, donde las otras perspectivas, sanitaria, psicológica, sociocultural casi no aparecen. En los medios tienen mayor presencia jueces, policías, políticos hablando del tema, e intentando lograr la impresión de un triunfo del orden social en su batalla contra las drogas Internacionalmente, desde los años 80 ha circulado en el mundo el término "narcotráfico", como sinónimo de enemigo principal de toda sociedad, donde la única forma de enfrentar el problema es a través de la represión.

Pero se debe tener claro que los medios influyen y terminan construyendo representaciones colectivas que ayudan a tomar decisiones tanto a los funcionarios como al ciudadano común.

Los medios de comunicación social tendrían que presentar información objetiva, ni moralista o condenatoria, sin contradicciones como las que transmiten, ya que hacen propaganda de drogas legales como el tabaco y alcohol, pero difunden mensajes de drogas ilegales asociadas a la muerte y al delito. Tienen la posibilidad de ayudar a los ciudadanos en la toma de decisión responsable, haciendo hincapié en diferenciar los tipos de drogas, las formas de consumo, es decir, publicar fundamentalmente aquello que pueda ayudar a prevenir la caída en el consumo y presentar el tema en toda su complejidad. (págs. 124-125)

En otros relatos se hizo referencia a la lógica del mercado que atraviesa las sociedades contemporáneas, donde el consumo, como postulado básico de las sociedades capitalistas, es el principal camino para lograr el bienestar. El sistema capitalista presenta como legales ciertos consumos pero prohíbe otros, transformando a las sustancias en mercancías o productos expuestos a las leyes de la oferta y la demanda y donde todo aquel que quiera alguna droga, deberá tener el dinero suficiente como para poder comprarla.

Silvestre (2011) considera que los usos también son regulados por la industria farmacológica, promovida por laboratorios internacionales, ya que en múltiples oportunidades son recetadas para mejorar el estado de ánimo, dar fuerza y energía, evitar el malestar, todos estos problemas o sufrimientos provocados por el propio sistema de mercado que envuelve al sujeto y las sustancias.

En esta lógica, para elevar la productividad hay que disminuir costos, reemplazar mano de obra por capital y precarizar la fuerza de trabajo. Si el contexto sociopolítico es permeable, erosiona los salarios y transforma el mercado del trabajo en excluyente, con un aumento constante de la desigualdad en todos los campos: poder, consumo,

propiedad, educación, transformando el futuro, sin posibilidad de esperanzas para las personas y sus descendientes.

Villar Luis (2005) reconoce que también se pone en evidencia la pérdida de derechos sociales de las personas, ya que antes el Estado era garante de esos derechos y podía disminuir los riesgos sociales, pero la política del mercado no puede asegurarlos, generando inseguridad social que deja a los sujetos expuestos en toda su vulnerabilidad. Se transforman en sujetos con frustración casi crónica, subsumidos en el desamparo, la promiscuidad y la exclusión, los cuales van socavando las redes parentales y familiares. El valor de la vida humana es depreciado, mientras que los objetos materiales cotizan cada vez más, marcando una pertenencia e identidad psicológica de las personas. Todo confluye que, ante la complejidad social y la problemática descrita sucintamente, recurran al uso de las drogas para huir del displacer de cada día.

En el país y en la ciudad como respuesta a las crisis socioeconómicas y políticas vividas en las últimas décadas, se encuentran jóvenes y no tan jóvenes en situaciones de marginalidad y pobreza, sin poder ingresar al circuito educativo o laboral. A pesar de los subsidios instalados por el gobierno del ex Presidente Kirchner y la actual Presidenta Cristina F. de Kirchner, para disminuir en parte los efectos de esa crisis, son personas que tienen que reducir su vida a la existencia del hoy, del aquí y ahora, ya que sienten que ese futuro les está amputado. Intentan subsistir en la fugacidad del momento, lo que hace que las drogas aparezcan como la única oportunidad de salida para muchísimas personas. (Tabares, 2007)

En estos tiempos sociales de fragilidad y vulnerabilidad, cada uno acentúa el individualismo y como no quieren sentirse excluidos consumen, y lo hacen cada vez más, a pesar de las consecuencias que en menor escala son el insomnio, la ansiedad, la depresión y mayormente la caída en el circuito del consumo problemático.

El desempleo, la precarización laboral, el aumento de la inseguridad y la violencia, relacionadas muchas veces con las drogas, dan como resultado el aumento progresivo y sin expectativa de cese de las adicciones.

En las palabras de los entrevistados parecería existir la comprensión de que el consumo de sustancias se produce como un problema de salud a partir de un plano colectivo, social, donde lo que se manifiesta en un sujeto implica el entrecruzamiento de fuerzas económicas, políticas y culturales que actúan en él como un todo. (Brehil, 1990, pág. 5)

De Carvalho y Marchiori Busso (2008) consideran que el modelo económico de desarrollo de la sociedad incide en todos los ciudadanos, pero fundamentalmente en los grupos vulnerables para determinar en cada integrante, como dimensión singular, los procesos y cambios que son propios de cada clase social.

Los enfermeros como actores sociales dan explicaciones de la situación problemática del consumo, fundamentalmente en el grupo de jóvenes, de los adolescentes y de las mujeres, reconociendo las fuerzas que se interrelacionan y actúan para determinar la situación de salud o enfermedad. El estar sano o enfermo tiene íntima relación con las condiciones de vida y las posibilidades que tengan, según la clase social, condicionados por circunstancias adversas también a nivel microsocial como la familia y grupos de amigos, donde las políticas de salud no tienen la fuerza necesaria para instaurar medidas que puedan ayudar a mantenerse en salud.

V – 3.2 - De la perspectiva sobre el cuidado que brindan

Las [RS] tienen la fuerza y la capacidad de explicar la realidad y desde esa explicación guiar las acciones. Los profesionales enfermeros brindan atención a los usuarios de sustancias psicoactivas, basada en fundamentos científicos, pero las [RS] los fuerzan a intervenciones guiadas por el sentido común

a) "Se los atiende como a todos... pero son diferentes"

Al analizar la relación del personal de salud con usuarios, independientemente de su problema, los estereotipos y las imágenes que socialmente traen de la vida cotidiana impacta en las formas de atención y cuidado que brindan.

En los relatos manifestaron considerar al consumo como un comportamiento más, tratando de igualarlo a cualquier tipo de patología que atienden en el Servicio de Guardia. Comprenden que el cuidado es inherente al ser humano y como enfermeros deben llevarlo a cabo, cueste lo que cueste, donde la comunicación y la contención son herramientas indisociables en su quehacer.

Desde una mirada ético-jurídica, estos profesionales se desempeñan de acuerdo al Código de Ética disciplinar, que en el artículo 6º reconoce el derecho a la salud de las personas, el respeto a la personalidad, dignidad humana e identidad, y a la no-discriminación. Están obligados a tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud. (Colegio de Profesionales en Enfermería del Sur de la Provincia de Santa Fe, 1999)

Responden a lo que propone la literatura cuando se tiene el primer contacto con un sujeto que usa o abusa de sustancia: identificarse, respetar en lo posible sus deseos, intentar entender su argot, evitar los tecnicismos y dar respuesta en lo posible a sus dudas. El ambiente o lugar donde se produce la atención debe ser seguro, tanto para el usuario como para el personal, disminuyendo al mínimo la cantidad de estímulos (incluido el/los acompañantes). Es recomendable que sea uno el entrevistador, tratando de no invadir su espacio y escuchar atentamente, ya que pueden llegar a ser repetitivos en su discurso. Esto exige que se tenga capacidad de escucha y de poder crear un ambiente de empatía, con una actitud abierta, el tono de voz bajo, no responder a las agresiones y como equipo de trabajo, tener coherencia y estructurar la demanda. (Pillon S. C., 2005)

El cuidado a los usuarios de sustancias psicoactivas establece como prioridad la promoción de una relación terapéutica, un ambiente empático donde es importante el trabajo en equipo y la comunicación, pero donde lo fundamental es comprender al otro y

abordarlo desde una perspectiva singular. Se tiene que poder cuidar al sujeto y no al problema o a la alteración, ya que si bien hay un agente que es la sustancia química, la cual genera la situación problemática, es la persona en su totalidad la que debe ser ayudada para que alcance el bienestar.

En el primer contacto como en los ulteriores hay que identificar los problemas asociados al uso, reconocer si existen mecanismos de defensa como negar el consumo, identificar el patrón de uso, tratando de clasificar el uso en un día, en el último mes y en el último año, para reconocer si está haciendo un uso nocivo, dependiente, o abstinencia, entre otros. Una directriz fundamental es no emitir juicios de valor y tratar de involucrar a un referente familiar en el cuidado. Según se analice al interior del equipo, puede que se intente brindar algunos consejos u orientaciones específicas que puedan promover la reflexión y el cambio de comportamiento, o indicaciones relacionadas con la reducción del consumo o bien la sustitución de una sustancias por otra de menor toxicidad, o hasta la abstinencia total. (Pillon & Villar Luis, 2004)

En la información recolectada en el campo, aparece en los profesionales el mandato del deber ser de la profesión y un fuerte intento de despojar al usuario de emociones negativas. Incurren en estas estrategias de afrontamiento para poder operar desde lo profesional, aun en un contexto que siente que se transforma en inseguro, incluso para su integridad física, a partir de la conducta de aquellos a los que se atiende.

Sobre este aspecto no se diferencia de los resultados de otras investigaciones donde la asistencia a los usuarios de drogas conlleva todo un desafío para los profesionales del equipo. Los estereotipos, las representaciones y el prejuicio son las principales dificultades al momento de establecer la relación. No pueden separarse de la actuación del resto de la sociedad y, como ella, tienen expresiones de juzgamiento y a veces hasta no llegan a reconocer que la negación que el usuario hace de su problema, o el ocultamiento, no significa el rechazo a recibir ayuda o tratamiento sino algo mucho más profundo que eso. (Storani Gonçalves Rosa & De Melo Tavares, 2008)

Enfermeros de otros lugares, por ejemplo en Brasil, en una investigación en Servicios de Emergencia, también reconocen, al igual que estos profesionales, que los usuarios quitan el lugar de atención de otros pacientes, dando por sentado que la Guardia solo está reservada para problemas de índole orgánica. Allí como aquí, se los deja, se los traslada, se “los saca del espacio”, hasta que se les pase el efecto de la intoxicación. Estas acciones no solo son actuadas por los enfermeros sino por el equipo, incidiendo en la calidad de la atención que se les brinda, ya sea en una primera atención o incluso cuando se los interna. (De Olivera & De Vargas, 2012)

Sin embargo, el quehacer enfermero tiene sustentos epistemológicos que guían tanto la práctica como la teoría, la profesión y la disciplina y que son expresados en modelos de cuidado, fundantes para la ciencia enfermera.

El desarrollo conceptual brinda al campo de la salud en general y al de la salud mental en particular, modelos de atención centrados en la relación usuario, el paciente, el cliente, pero que muchas veces no alcanzan para permear y sostener la práctica concreta de Enfermería.

En los servicios de hospitales y centros de salud dependientes de la Secretaría de Salud Municipal que fueron el campo de esta investigación, se realizaron intentos de definir, conocer y compartir esos modelos. Se llevó a cabo un proyecto de investigación-acción, junto con la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario pero, por distintas razones, no se alcanzó a identificar, con técnicas de investigación, el modelo de cuidado real. Sin embargo, los resultados parciales fueron insumos tanto para los niveles de gestión de la Dirección de Enfermería de la Municipalidad de Rosario, como para las asignaturas de la carrera Licenciatura en Enfermería que tenían espacios de prácticas en esos servicios. (Ballistreri & Barbarich, 2000)

En esa oportunidad, se intentó reconocer en el campo mismo aquellos elementos de teorías o tendencias en Enfermería, las cuales sustentan la mayoría de los planes de

estudios de Enfermería en las diversas Escuelas de la ciudad y de este modo, funcionan como base en la formación de recursos humanos.

Una tendencia es la "humanística o naturalista", cuyo principal representante es Florence Nightingale, la cual considera a "Enfermería como arte y ciencia abocada a una relación de ayuda que fomenta la independencia del paciente imbuido en su medio".

Otras perspectivas son las que proponen la "suplencia y ayuda", "el autocuidado", y que reconocen como eje de las acciones o cuidados de Enfermería a las necesidades básicas para la vida y la salud de las personas. Entre las autoras más nombradas se encuentran Virginia Henderson (1966), Dorothea Orem (1980) y Nancy Roper (1980). Algunos postulados de las teóricas Henderson y Orem son los que más atraviesan la práctica de la profesión en los servicios hospitalarios municipales de salud.

Dentro de la tendencia de la "interacción", se encuentran autoras que, utilizando la teoría general de sistemas, consideran los elementos de cada situación de Enfermería y contemplan al ser humano como un sistema abierto. Quienes adhieren a esta propuesta son: Sor Callista Roy (1970-1980), Betty Neuman (1970-1980), Dorothy Johnson (1980).

Dentro de esa misma tendencia, pero con el modelo de "relaciones interpersonales" desarrollado principalmente en la Enfermería Psiquiátrica, se encuentra la interacción entre la enfermera y el paciente durante los cuidados enfermeros, destacando el lenguaje verbal y el sentido que se le otorga a cada suceso dentro del proceso de salud y enfermedad. Algunas de las autoras son Hildegard Peplau (1950), Joyce Travelbee (1976), Imogene King (1970-1980). (Marriner Tomey & Raile Alligood, 2007)

Dentro de esta línea, a la que adhiere esta tesista, Travelbee destaca que en la interacción entre el usuario y el enfermero este último utiliza terapéuticamente el "yo", poniendo en juego, en forma consciente y estructurada, los rasgos de su propia personalidad, intentando establecer el *rapport*, el entendimiento, la comprensión y el contacto mutuo. Enfermería puede cuidar a través del encontrarse con el otro, en un

encuentro que transcurre por fases, con sentimientos progresivos de empatía y solidaridad hasta llegar a la última fase donde ambos, consiguen la transferencia.

Para el encuentro y cuidado con los usuarios de drogas estas características son las que definen en esencia el ser enfermero y las herramientas básicas para establecer una relación de ayuda. Releyendo la definición sobre salud mental de Joyce Travelbee resulta significativa para este estudio, porque destaca que no es algo que la persona posee, sino algo que la persona es, en un ambiente sociocultural y físico determinado. De este modo, se abona a un modelo de cuidado que se ajusta a todos los sujetos que por distintas circunstancias atraviesan situaciones de crisis que afectan la salud y donde se requiere empatía, solidaridad, transferencia de aspectos emocionales personales. (pág. 59).

Por su parte, Hildegard Peplau es considerada como una teórica fundante para la Enfermería Psiquiátrica, ya que introduce el paradigma interpersonal para el estudio y la práctica en ese campo. En los primeros años de la década de 1950, esta perspectiva surge con el modelo denominado de la "Enfermería Psicodinámica". Desde este punto de vista, Enfermería "es un proceso interpersonal terapéutico y significativo, un instrumento educativo y una fuerza de maduración que hace que la persona (tanto enfermera como usuario/paciente) avance hacia una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria. (pág. 703)

Los relatos de los entrevistados evidenciaron que, en todos los casos y situaciones, por más agresivos o violentos que sean, durante la atención a personas con uso problemático de sustancias, intentan comprender al otro, entenderlos, incluso ponerse en el lugar del otro, para poder contenerlos e intervenir terapéuticamente. Se percibe el esfuerzo de, en primer lugar, entenderse a sí mismos para poder entender y comprender el comportamiento del otro, donde la agresión y la violencia son conductas que se repiten.

En todos los campos se considera que el núcleo del éxito del cuidado enfermero es poder establecer y mantener una relación con el otro para que realmente Enfermería pueda ser útil, terapéutica y eficaz. (Herrera Arce, Betolaza López de Gámiz, Murúa Navarro, Martínez, & Jimenez Lerma, 2003)

La teoría de Hildegard Peplau es la primera en poner el acento en esa capacidad de la enfermera de ponerse en el lugar del otro, entender qué le sucede, identificar sus propias dificultades para que pueda brindar intervenciones terapéuticas. Y es la primera también en reconocer que, en esa relación interpersonal de ayuda, todo entra a jugar para lograrse, los sentimientos, la conducta y los comportamientos. (Marriner Tomey & Raile Alligood, 2007)

Peplau estableció que las relaciones enfermera-paciente, se construyen con el tiempo, en fases, donde ambos van desarrollando distintos roles: existe un momento de orientación, donde tanto uno como el otro son extraños entre sí, tienen objetivos e intereses totalmente distintos; luego hay una fase de identificación, con preconcepciones de cada uno sobre el significado del problema de salud y qué rol o función cumplen dentro de esa situación problemática; después atraviesan una fase de aprovechamiento, donde la comprensión mutua del problema ya se produjo, así como del rol de cada uno, de las necesidades y objetivos; por último, se encuentran en una fase de resolución donde se crean relaciones de apoyo para que juntos intenten resolver el problema de manera productiva. (pág. 55)

Los enfermeros pueden recortadamente establecer estas relaciones en los encuentros con usuarios de sustancias y en los servicios de guardia, por las propias limitaciones de espacio, singularidad del usuario y las características de cada profesional. Peplau describe los roles que se pueden desempeñar en una relación terapéutica, y estos aparecen en los relatos ya que en ocasiones resultan personas de ayuda, o extraños para el otro, consejeros, asesores, o docentes.

Los profesionales enfermeros revalorizan que para poder cuidar a las personas es necesario realizar la recolección de la información. Por un lado, a través del examen físico, teniendo en cuenta las necesidades básicas y siempre en busca de signos de intoxicación aguda, dependencia o abstinencia. Se reconocen en estado de alerta, ya que siempre consideran que hay que sospechar un consumo mayor del declarado.

Pillon (2005) identifica como otro elemento de búsqueda de información a las entrevistas con el propio sujeto, cuando fuere posible, o de sus acompañantes, amigos, familiares también cuando fuere posible. Intentan buscar la motivación para el consumo, qué utilizan, el patrón de consumo, si hubo cambios en el tiempo y las redes de apoyo que pudieran tener.

En este proceso, la valoración o punto de partida de la atención siempre debe ser integral, continua, donde la comunicación y la inclusión de terceros mejoran el pronóstico del tratamiento, generan un vínculo terapéutico y evitan confrontaciones agresivas. (Herrera Arce, Betolaza López de Gámiz, Murúa Navarro, Martínez, & Jimenez Lerma, 2003)

Atravesando el momento inicial, los cuidados son muy diversos, con prioridades cambiantes, según cada situación particular pero donde se busca lograr la satisfacción de las necesidades de aquel que llegó o fue traído al Servicio.

Si bien en el medio local, en los Servicios Públicos no se utiliza la taxonomía de la [NANDA-I]⁹ en algunas instituciones formadoras se adhiere a esta forma de pensar algunas de las etapas del proceso de Enfermería o de atención de Enfermería. Además, no hay otros textos que definan localmente los inconvenientes que pueden presentar los usuarios con uso problemático de sustancias.

Un recorrido por los probables diagnósticos enfermeros para usuarios con consumo de sustancias, permite identificar entre otros problemas a los que hay que

⁹ Hasta el año 2011, NANDA era el acrónimo de Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (North American Nursing Diagnosis Association)

atender, el mantenimiento inefectivo del régimen terapéutico, de la salud, de la nutrición (en exceso o defecto) que puedan presentar. Otros problemas surgen por el déficit en el cuidado de su persona o autocuidado, ya que no atienden la alimentación, la vestimenta, baño e higiene. Pueden llegar con problemas de intolerancia a la actividad, privación del sueño e insomnio, deterioro en la función urinaria e intestinal (en exceso o en defecto), disfunción sexual, sedentarismo, déficit de actividades de recreación, aislamiento social.

Los trastornos en los procesos del pensamiento, la confusión crónica, el deterioro en la comunicación verbal, el riesgo de violencia contra sí y contra los demás, son los problemas que prioritariamente hay que atender y los que producen el diagnóstico enfermero de cansancio del rol del cuidador. (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería [Nanda], 2012)

A pesar de que los profesionales enfermeros consideren que estos usuarios tienen que ser atendidos como cualquier otro sujeto, se apuntaron contradicciones ya que las representaciones negativas les hacen reconocer algunas diferencias en el vínculo, en la comunicación o para establecer la relación de ayuda. También los hace diferentes que los efectos de las sustancias transforman al usuario, a sus familiares y amigos, en posibles agresores, y de este modo, sienten que la seguridad personal está en riesgo.

A nivel de la ciudad o el país, no existen estudios de organismos profesionales sobre esta cuestión. En este sentido, cabe destacar que se citan a continuación los resultados de una investigación del Consejo General de Enfermería de Madrid [España] que en 2007 publica que 33% de los enfermeros españoles ha sufrido una agresión física o verbal en los últimos 12 meses y de ese total 3,7% fue agredido físicamente lo que supone un total 2928 enfermeros agredidos en ese año. Cuando informan quiénes fueron los agresores citan en primer lugar los familiares y acompañantes (49,8%), los propios pacientes (47,3%) y sin identificar (2,9%). También recaban información sobre las causas de dicha agresión: 41% por la frustración de no ver satisfechas sus expectativas

de atención en cuanto a tiempos y pruebas diagnósticas; 27% a causa del desacuerdo en valoraciones o diagnósticos; 12% porque el personal enfermero no accede a demandas específicas de los propios pacientes y 20% por otros motivos.

En lo relativo a los lugares donde se producen las agresiones en los servicios de salud, se mencionan que los de mayor riesgo son los servicios de urgencias o guardias hospitalarias (51% de los incidentes); centros de atención primaria (33,5%), las salas de internación hospitalarias (15%) y en otros lugares (0,5%). Solo un 4% de los enfermeros agredidos físicamente hizo la denuncia, y de aquellos agredidos verbalmente, ninguno la hizo. (Consejo General, Organización Colegial de Enfermería, 2007)

En Rosario especialmente y en el país en general, se agrega a esto que es frecuente asociar el uso de sustancias psicoactivas con la violencia ya que diariamente aparecen en los medios masivos de comunicación, la guerra entre "carteles", los asesinatos por ajustes de cuentas, los robos por causa de las drogas pero sin hacer alusión a los verdaderos motivos de esos actos de violencia.

Los enfermeros y los equipos que trabajan en los Servicios de Guardia constantemente tienen que atender situaciones donde los traumatismos por distintas causas generan el mayor número de consultas. A esto se agrega el pedido de los usuarios de drogas psicoactivas, ya sea por los efectos inmediatos del consumo por intoxicación aguda o abstinencia, pero también por situaciones violentas externas donde el consumo subyace, como por ejemplo: accidentes, homicidios, suicidios.

Junto con esto deben enfrentar aquellas situaciones violentas generadas por el propio consumidor y/o su entorno (familiares y acompañantes) que significan riesgos personales o jurídicos, por la ilegalidad misma que envuelve al consumo y la sensación de impotencia y soledad en que los subsume el modo de trabajo del propio Servicio de Salud.

La Organización Internacional de Trabajo [OIT] menciona que 25% de la violencia en el trabajo se produce en el sector sanitario y que muchos de los profesionales no

prestan atención a las manifestaciones violentas de los pacientes y/o familiares, considerando tales circunstancias como gajes del oficio. Aunque todas las profesiones del sector de salud corren riesgo de sufrir violencia laboral, algunas corren riesgos especiales: las enfermeras y el personal de ambulancia están expuestos a riesgos muy elevados; los médicos, el personal auxiliar y el personal técnico, riesgos elevados y todos los demás profesionales de salud corren riesgos.

El informe muestra que las principales causas de los episodios violentos son los pacientes y/o sus familiares. Los lugares de mayor riesgo son, coincidiendo con la investigación realizada en España, las salas de psiquiatría, urgencias, salas de espera o geriatría, siendo mayor el riesgo en las horas de mayor actividad e interacción con los pacientes. Los motivos que suscitan una amenaza o agresión son variados, como denegación de un servicio solicitado, actuación contra el deseo del paciente, esperas prolongadas, falta de información, etc. (Rivero, 2010)

b)” Hay que atenderlos... pero somos una Guardia”

Al recibir al usuario y teniendo en cuenta las características del servicio, se les brinda una atención donde necesariamente la instrumentación y medicalización figuran en primera línea.

En estos cuidados generales se manifiesta como necesaria la valoración de quien ingresa y la recolección de información sobre los antecedentes y datos subjetivos sobre cuál es el motivo de la consulta o enfermedad actual. También se realiza el examen físico de donde surgen datos objetivos a través del control de los signos vitales, la valoración del nivel de conciencia, el estado de hidratación, presencia o no de lesiones y si existe el riesgo de intento de autodestrucción o de lesionar a los demás.

Como cuidados más específicos para algunos usuarios, es una prioridad mantener la vía área permeable y la ventilación, en especial en aquellos que por el consumo o abuso pueden desarrollar una depresión respiratoria secundaria al mismo, como es el

caso del consumo de benzodiacepinas y antipsicóticos, entre otros. Resulta necesario el monitoreo electrocardiográfico en aquellos que han consumido cocaína, así como también prevenir la aparición de convulsiones, en la intoxicación crónica alcohólica, el síndrome de abstinencia y el delirium tremens o los cuadros de hipo o hipertermia. En caso de lesiones, ya sea por armas blancas, de fuego, accidentes viales o peleas, se tendrán que valorar los riesgos e instaurar el tratamiento con la premura del caso.

En estos protocolos de atención de Enfermería se cita que siempre se le deben explicar los procedimientos en la forma más simple y comprensible y que durante toda su estadía se lo debe ubicar en un lugar visible para el personal, para prevenir accidentes o lesiones controlando aquellos elementos que puedan ser nocivos (vasos, cubiertos, objetos cortantes, ventanas, toma corrientes, cinturones, entre otros). (Pinilla Alarcón, 2009)

Ya que pueden presentar alteraciones sensoriales y de la percepción, como son las alucinaciones, ilusiones o delirios se recomienda hablar en voz suave y tranquila, orientarlo en relación al tiempo y al espacio, tranquilizarlo respecto de su seguridad. Una recomendación o principio general en Salud Mental señala que siempre se deben aprobar y reforzar las percepciones verdaderas, con información clara y concisa, manteniendo una actitud de atención e interés, así como centrarse en las aptitudes de la persona y no en sus limitaciones.

Cuando la situación de consumo problemático de sustancias, tiene potencial criticidad, se instauran los cuidados de urgencia. Aquellos que llegan a los Servicios de Guardia, en su gran mayoría no conforman una emergencia, pero sí requieren atención inmediata, por ser una afección aguda. Algunos de los cuidados que están señalados son el reconocer si aún está bajo la influencia de la sustancia y, sea cual sea su percepción de la realidad, tener en cuenta que posiblemente estará alterada.

Por la situación aguda de crisis subjetiva en que se encuentran pueden surgir, imprevistamente, situaciones violentas, o de descontrol. Cada sustancia puede afectar a

las personas de manera diferente y no tener una conexión directa con hechos de violencia. Estos dependen de la respuesta orgánica, la historia, la personalidad, demás factores personales y culturales. En todos los casos la autoestima y el propio autoconcepto se encuentran alterados, ya sea por no tener acceso a lo que consideran necesario (abstinencia) o por un consumo abusivo de la sustancia.

También pueden tener ansiedad, angustia, temblores, agitación, incapacidad para conciliar el sueño o para estar despierto. Los cuidados siempre deben centrarse en no juzgarlos, disminuir en lo posible todos los estímulos, hablar en forma directa, evitar luchas de poder y discusiones enfocando los conflictos desde la perspectiva de la comprensión y los sentimientos del otro. Para ayudarles a sentirse seguros, conviene proporcionarles explicaciones sencillas y claras con lo que sucede y siempre tener en cuenta todas las necesidades fisiológicas, realizando un monitoreo de los signos vitales y otros parámetros. (Carty, 2000)

Todas estas propuestas de cuidados enfermeros están indicadas para la intervención con usuarios de sustancias, sin embargo Enfermería es una profesión que aun transitando la segunda década del siglo XXI, se encuentra en búsqueda de su identidad profesional.

En los discursos aparecieron evidencias de la fragmentación que existe entre la realidad laboral que mecaniza la tarea del enfermero, que instrumenta el cuerpo del otro despersonalizándolo, y la academia, que reconoce al cuidado integral holístico como eje de la disciplina y la profesión. La autora en coincidencia con otros autores se pregunta: ¿cuál de las dos es la verdadera enfermería? (Vílchez Barboza & Sanhueza Alvarado, 2011)

Quizás sea necesario remontarse a los orígenes de la profesión para lograr comprender por qué el énfasis en lo técnico y procedimental cuando se brinda la atención de enfermería. Indagando en la historia de la profesión, en la última mitad del siglo pasado, para lograr su estatus de carrera universitaria, Enfermería recurrió a programas

de formación cuya finalidad era el entrenamiento en técnicas y procedimientos observables que permitían realizar una práctica competente, ya que se consideraba que mientras más destrezas y habilidades se dominaran, mejor sería la práctica laboral. Ese currículum tenía como fundamento epistemológico la racionalidad técnica y se consideraba que, con ese modelo de formación, Enfermería lograría un rigor científico que no tenía la práctica, casi doméstica y vocacional hasta ese momento. Esta perspectiva que se mantuvo por muchos años, sosteniendo que la actividad de la enfermera (modelo profesional) era instrumental y estaba orientada a la solución de los problemas de la asistencia, como si fuesen meras cuestiones técnicas. Solo era necesario aplicar principios generales derivados de la investigación científica a situaciones particulares, en forma de protocolos de actuación que se utilizan ante la misma categoría de problemas. Aquí la principal función de la enfermera era aplicar las reglas generales a situaciones específicas. (Medina Moya, 2002)

Para Enfermería, como para el resto de las carreras de la salud, el entramado curricular basado en un paradigma positivista no alcanza para dar la respuesta que necesita el sujeto de la atención. En esta profesión, el trabajo con las personas o conjuntos de personas se desarrolla junto con un compromiso social que no se logra a partir de aplicación de reglas generales en el quehacer diario.

En la Provincia de Santa Fe, las Escuelas no universitarias, sostenían planes de estudio elaborados en el año 1969. Estos tenían la impronta de un currículum con jerarquías, fragmentado, que iniciaba al estudiante en las asignaturas básicas como por ejemplo, anatomía, fisiología y luego lo introducía en espacios donde se analizaban esas ciencias aplicadas a la Enfermería, a saber: Enfermería Quirúrgica, Enfermería Pediátrica. Por último, el estudiante debía atravesar espacios de integración de todo lo visto anteriormente, realizando prácticas en diferentes centros de internación y con menor frecuencia centros de salud [CAps] y comunidad.

Los cambios profundos sociales y la mayor apropiación y conocimiento del ser de Enfermería, hicieron que se comenzara a vislumbrar la necesidad de un viraje en el rumbo de la formación del profesional enfermero.

A esto se acopló la necesidad del cumplimiento de la Ley de Educación Nacional Nro. 26.206 (art. 86 y art. 115, inciso "g"), la Ley de Educación Superior Nro. 24.521/95 y el Decreto Nro. 144/08 del Poder Ejecutivo Nacional. De este modo, se vio la necesidad de adecuar el diseño curricular, para garantizar la validez de los títulos, en este caso de las Escuelas de Enfermería dependientes del Ministerio de Salud y Educación de la Provincia de Santa Fe. (Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2010)

Este nuevo plan se comenzó a implementar en el año 2010 enfocando la formación en el cuidado enfermero de la salud desde una perspectiva integral, interdisciplinaria y humana, proponiendo principios básicos como la integralidad, equidad, universalidad y autonomía, para los nuevos modelos de atención de la salud y de cuidados centrados en las personas y desde el territorio.

Se comenzó a pensar que Enfermería pertenece a la esfera de las disciplinas sociales, y no a las disciplinas naturales, ya que busca desarrollar relaciones empáticas y respetuosas, emplear sistemas de resolución de problemas y procesos de toma de decisión basados en juicios sólidos y apreciaciones singulares. (Vílchez Barboza & Sanhueza Alvarado, 2011)

En todo el país, el esfuerzo actual de las distintas Escuelas de Enfermería, es lograr modos de enseñanza y evaluación que promuevan modos de comprensión y expresión de los futuros egresados, con habilidades para el trabajo en equipo, preparados para el uso de la tecnología y el aprendizaje independiente, que les incentive la "actitud científica" que implica la búsqueda y el conflicto del contenido mismo, la discusión, las posiciones encontradas, y que logre las habilidades prácticas necesarias en experiencias intermedias. (Chervo M. A., 2012)

Según lo expresado por los profesionales enfermeros, se visualiza que hay una serie de técnicas y procedimientos que se aplican para la atención del usuario ya que en los campos reales de la Enfermería existen situaciones cada vez más complejas y difíciles de resolver, aun en interdisciplinariedad.

A pesar de la formación que se propone desde las instituciones, la atención real sigue haciéndose en base a intervenciones dependientes de otras profesiones, centradas en el modelo biomédico y muy alejada del ser de la Enfermería que es el cuidado.

c) “Hay que aportar más desde lo psicosocial que con los otros pacientes”

En otras expresiones aparece el esfuerzo de los entrevistados por apartarse de la atención técnica con actividades dependientes, y de este modo, poner en el centro de la escena al cuidado enfermero con el despliegue del rol profesional, autónomo e independiente, donde es necesario entre otras capacidades, tener habilidad para comunicarse y para interactuar con el otro.

Lograr ese vínculo, tanto en salud como durante la enfermedad, puede generar condiciones para que el otro logre adhesión a un tratamiento y/o promover conductas activas en el cuidado de la salud. Esto requiere una dedicación particular y un tiempo para que el enfermero, en este caso, pueda manejar el monto de su ansiedad ante este sujeto de atención que son los usuarios con uso problemático de drogas. (Ramírez, 2007)

Toda conducta en una situación de interacción tiene el valor de mensaje. Un axioma de la comunicación señala que no es posible dejar de comunicarse: la palabra o el silencio, la actividad o inactividad, llegan e influyen sobre el otro, quien se comunicará aun sin responder. (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1985)

Los profesionales revalorizan en sus discursos esta herramienta considerada en muchas situaciones como la única que tienen para poder realizar la atención de los usuarios que ingresan por consumo de sustancias. Cualquiera sea el estado del otro, ponen en juego los aspectos relacionales o conativos de la comunicación, clarificando el

contenido o utilizando palabras, gestos o un contacto. Esa comunicación analógica junto con la palabra configura la contención que pueden hacer y sostener.

En la relación de cuidado, es fundante la comunicación, ya que permite reconocer al otro, en actitud abierta, de escucha, intercambiando confianza y dándole la palabra para que pueda expresar su situación cuando y del modo que le sea posible. En ese intercambio, la escucha activa permite la aceptación y el centrarse en las necesidades del otro.

Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia de conductas. (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1985)

En la relación enfermero-usuario de sustancias, los intercambios comunicacionales deben ser complementarios ya que la conducta de uno (enfermero) tiene que favorecer a la otra (usuario) no imponiéndose. No obstante, a través del vínculo terapéutico, lo complementario de dependencia, debe evolucionar hacia la independencia y a la simetría salud-salud.

Ese encuentro de cuidado con el otro, se describe con una actitud, una forma de vincularse y accionar del agente de salud, donde es necesario que exista un conjunto de modalidades relativamente estables y organizadas del sentir, pensar y hacer que le permitan desempeñar un rol en el campo de trabajo. Esa actitud no es innata (aunque obviamente puede haber una aptitud, una disposición, una motivación vocacional) sino que se construye a través de una formación permanente, procesando no solo la información sino las experiencias de vida.

El enfermero tiene que desempeñar una función, un rol en un campo de interacción, aquí es el Servicio de Guardia y se sitúa en el contexto, pero lo hace siempre desde su propia historia y con una forma o modelo teórico- técnico que le permita accionar. (Quiroga, 1984)

En la información de campo, los profesionales enfermeros remiten a los roles citados por Hildegard Peplau. Durante la relación con las personas consumidoras de sustancias, son profesionales que ponen un funcionamiento una multiplicidad de recursos, en algunos casos actuando como consejeros, y en ese relacionarse encuentran los rasgos esenciales que caracterizan a un vínculo terapéutico.

Para desarrollar el rol, intentan descifrar las manifestaciones y dichos del otro, para llegar a visualizar su realidad pero resignificándola y hallando otras líneas de comprensión. De una u otra forma, intentan establecer sentimientos de confianza y seguridad, para lograr el apego, pero con una distancia óptima, utilizando la comunicación, la mirada y el contacto.

Otro aspecto relevante es que los enfermeros necesariamente tienen que analizar su propia subjetividad y reconocer situaciones que pueden generarse en el propio proceso de relación que pueden favorecerlo u obstaculizarlo

Cabe destacar que las emociones son vistas y reconocidas como obstáculos que entorpecen la disociación instrumental necesaria para llevar las prácticas adelante. También se vislumbra que al intentar otras respuestas consideradas prioritarias y necesarias, los profesionales encuentran que no pueden llevarlas a cabo: ya sea por imposibilidades en el propio Servicio, o bien por las propias características de estos usuarios, contribuyendo ambas cuestiones a generar un sentimiento de impotencia para el cumplimiento de su rol.

Asimismo, abonando estos sentimientos negativos, surge de los discursos de los profesionales enfermeros, la distancia entre la formación (teoría) recibida y la praxis concreta del enfermero profesional. Desde las instituciones formadoras se presenta la necesidad de un ejercicio profesional con experticia y destreza que garantice cuidados seguros. Además, se postula una práctica centrada en el cuidado enfermero, para reflexivamente resolver los problemas no siguiendo la lógica instrumental de la racionalidad técnica, sino por el contrario siendo un profesional "práctico reflexivo". Esto

le permite un conocimiento que se moviliza durante la propia acción, durante el despliegue del rol aun en situaciones nuevas y problemáticas del campo de la salud, como son la violencia y el consumo problemático. Reconocen que para que ocurra esto las capacidades que deben tener y lograr son la comunicación y el trabajar en equipo. (Ballistreri M. , 2012)

Los cambios, teniendo en cuenta estas directrices, se están plasmando en nuevos planes de estudio, donde lo vincular con el sujeto de atención singular, particular o colectivo juega un papel fundamental.

La Escuela de Enfermería (UNR) donde trabaja la autora, realizó desde el año 1969, dos cambios de planes de estudio: en 1978 y en 1992. Al cierre de este informe, actualmente (2014/15), se está plasmando un nuevo currículo que se iniciará en el año 2016. El cambio curricular busca la construcción de vínculos sociales solidarios, compromiso y actitud crítica en los egresados, brindándoles herramientas también críticas, de salud pública y salud colectiva (Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas (UNR), 2013).

Intenta instaurar aprendizajes significativos, basados en problemas, por eso se le otorga al estudiante el lugar central en el proceso de aprender, coloca al problema en el centro del aprender y en el centro del problema, la pregunta, buscando la autonomía del aprendizaje.

De igual modo, se busca formar un matriz de aprendizaje en los estudiantes que les permita ser protagonistas, integrando la teoría y la práctica con el compromiso de crear conocimientos, siendo ciudadanos comprometidos, formados para leer adecuadamente la realidad y actuar ética e idóneamente, cómo, cuándo y dónde la realidad los reclame. (pág. 2)

Pero por la información obtenida, parecería que mientras la academia se encuentra en la búsqueda de los modelos de cuidado y reflexiona sobre los supuestos éticos, filosóficos, epistemológicos e históricos de la enfermería, en los lugares concretos

donde se desarrolla la práctica, el colectivo profesional trabaja en situaciones sociales cada vez de mayor complejidad, más inciertas y más conflictivas, donde les resulta muy difícil poder concretar aquello aprendido.

En el campo disciplinar resulta cada vez más notorio que no se puede resolver la realidad actual, aplicando conocimientos científicos en forma de un protocolo para todas las situaciones sin distinciones. Los nuevos paradigmas sostienen que la realidad solo puede ser resuelta con la aplicación del juicio crítico y reflexivo del profesional.

Donald Schön (1992) desde hace más de dos décadas atrás, expresaba que los profesionales, cualquiera sea su campo de conocimiento, deben utilizar la reflexión en su quehacer, ya que les permitirá la adquisición de un arte profesional para trabajar con mayor acierto en contextos de incertidumbre y conflicto. Destaca que en ese proceso, la capacidad de reflexión es lo que les permite elaborar ese arte mientras ocurre la acción o con posterioridad a ella.

Aplicado al campo profesional enfermero, una práctica reflexionada necesariamente se direccionará para establecer un vínculo con el otro, con miras a encontrar modalidades relativamente estables y organizadas de sentir, pensar y actuar que le permitan desempeñar con acierto el rol

Recorriendo las instancias que cita ese autor, para lograr la práctica reflexionada, es necesario partir de que cada enfermero que actúa con un usuario de sustancias, lo hace en principio con un conocimiento en acción. Este es un conocimiento académico pero también moldeado por las experiencias, que lo acompañan en todas sus intervenciones profesionales y que las puede desarrollar casi sin pensar demasiado en ello.

Sin embargo, el campo de lo social donde se incluyen las adicciones no puede ser resuelto con recetas prediseñadas, por lo que el profesional tendrá que reflexionar en el momento de la acción, con cada sujeto, con cada situación, analizando aquello que está haciendo e intentando construir respuestas artesanales pero pertinentes a cada usuario

que atiende. Si logra esta reflexión en la acción, puede construir situaciones en la práctica, poniendo en juego sus competencias técnicas junto al otro conjunto de competencias que definen al profesional.

Luego de su intervención, cuando ya ha sucedido la acción, si es un profesional práctico reflexivo tendrá que analizar lo ocurrido, producir una descripción de lo ocurrido que le permitirá modelar indirectamente toda acción futura, ya que comprende un análisis de las características que el propio proceso de acción tuvo. (Ballistreri & Rossi, 2012)

Así los entrevistados reconocen como respuesta fundamental para el cuidado de usuarios con problemas de drogas, capacidades que se encuadran dentro del campo de la salud mental, que les permite establecer una relación de ayuda donde la comunicación es el eje sobre el que gira toda la atención.

V – 3.3 - Sobre los Obstáculos que reconocen para la atención que brindan

El campo de la salud donde desarrollan su práctica los enfermeros está atravesado por los juegos de poder que se dan en el mundo social. En los discursos, se pudo relevar en forma reiterada la fuerza de las políticas que desarrolladas a nivel nacional, provincial y municipal en la problemática de las drogas. Los profesionales reconocieron que es uno de los componentes que determinan las situaciones de salud y enfermedad de la población, de grupos particulares y de sujetos singulares.

a) La Coordinación e Integración de los Servicios de la Salud Pública

Nivel Nacional

A nivel nacional, las políticas sobre la problemática del consumo de sustancias son coordinadas por [SEDRONAR]. En 2008 y 2009, la institución centraba su accionar en la lucha contra las drogas. En torno a las adicciones, contaba con dos líneas claves que eran la reducción de la demanda y la reducción de la oferta de sustancias. (Información Institucional de la [SEDRONAR], 2012)

En lo concerniente a la reducción de la demanda, consideraba la prevención como estrategia fundamental, ya que el problema de las drogas debía ser enfocado desde una perspectiva global e interdisciplinaria donde la prevención era un componente clave para enfrentar al problema.

Facilitaba la ayuda y rehabilitación de personas que abusan o dependen de drogas y que no accedían a un tratamiento o recuperación, por carecer de recursos. El Centro de Consulta y Orientación [CEDECOR] asesoraba y otorgaba becas para que los tratamientos fueran realizados en instituciones registradas y supervisadas por [SEDRONAR].

El [CEDECOR] además centralizaba las derivaciones que podían provenir del sistema judicial del país, del sistema de salud y de organismos específicos sobre la temática, como [CENARESO] o Centro Nacional de Reeducción Social¹⁰, organismos del interior del país, instituciones intermedias y [ONG] en general.

El sistema contaba con una línea 0800 de [SEDRONAR] y otros 0800, como por ejemplo Fono Drogas. En [CEDECOR] se gestionaban y se otorgaban subsidios asistenciales para tratamiento en [ONG] prestadores. Ese programa de subsidios tenía como objetivo el acceso a la rehabilitación y tratamiento de toda persona mayor de 21 años que demandara atención y que carecía de cobertura social o medios económicos para afrontar los gastos de los mismos.

Luego de la primera entrevista de evaluación, donde se completaba una ficha psicosocial a partir de los datos obtenidos, [CEDECOR] examinaba, en esta instancia inicial, si correspondía a [SEDRONAR] dar respuesta a una consulta que derivara en el requerimiento de un tratamiento.

En una segunda entrevista, para la evaluación psiquiátrica, se completaba la Historia Clínica de Salud Mental. En forma paralela, se realizaban interconsultas con los

¹⁰Luego de la aprobación de la Ley Nacional en Salud Mental (2010), [CENARESO] pasó a llamarse Hospital Nacional en Red, especializado en Salud Mental y Adicciones.

Programas de Infectología y Odontología. A través de un trabajador social, se llevaba a cabo también una evaluación socioeconómica de cada caso.

La situación era analizada en reunión de equipo donde se definía el diagnóstico y la estrategia terapéutica sugerida. A continuación, se coordinaba una última entrevista de devolución con el consultante, se especificaba la indicación de tratamiento y la institución en donde realizarlo. Si era un organismo de la red pública, se lo derivaba con un informe de los profesionales actuantes durante el proceso de admisión. Si era a una [ONG] prestadora de [SEDRONAR], y por medio del Programa de Subsidios Asistenciales, se solicitaba la documentación pertinente para proceder a su derivación.

El Programa de Subsidios Asistenciales era un beneficio con alcance nacional, y tenía como objetivo el acceso a tratamientos específicos de todos los usuarios de sustancias psicoactivas que demandaran atención y que carecían de cobertura social o medios económicos para afrontar los gastos de los mismos. El programa estaba integrado por numerosas organizaciones no gubernamentales, ubicadas en todo el territorio nacional, especializadas en la problemática. La duración máxima del subsidio era de 12 meses.

Diversas eran las modalidades terapéuticas subsidiadas por [SEDRONAR], entre ellas: la Atención en Internación brindada en forma prolongada en servicios asistenciales de internación sean estos Comunidades Terapéuticas o Centros Asistenciales con atención psiquiátrica para el tratamiento de consumidores de sustancias que, además requerían atención específica por cuadros psicopatológicos de mayor complejidad. Otra modalidad estaba conformada por la Atención Ambulatoria en Centros de Hospital de Día, Centro de Día con jornada completa (8 hs. diarias de lunes a viernes) o de media jornada (4 hs. diarias de lunes a viernes).

Para determinar el acceso a las instituciones prestadoras se tomaban en cuenta dos elementos: por un lado, el grado de dependencia de sustancias psicoactivas, basado en la evaluación del estado psicofísico de la persona, frecuencia del consumo, vía de

administración y si su comportamiento ponía en peligro a sí mismo y/o a terceros. El otro elemento tenido en cuenta era la vulnerabilidad social, donde se consideraban variables como salud, situación social, económica, familiar, entorno y posibilidades de contención. (Información Institucional de la [SEDRONAR], 2012)

En lo concerniente a la reducción de la oferta de drogas, se coordinaba en el ámbito nacional la información y las estrategias tendientes a detectar y desbaratar el comercio y distribución de drogas ilegales. En esta tarea, a nivel mundial, se coincide en dos elementos básicos, que es una responsabilidad compartida por la comunidad internacional y que se debe abordar el problema en forma integral. Esto significa que el fenómeno se enfrenta atendiendo a los diferentes eslabones de la cadena (producción, comercialización, tráfico y consumo) y que cada país está obligado a enfrentar el problema de las drogas desde su propia situación al respecto. De allí que la estrategia contra el tráfico ilícito de estupefacientes es una de las políticas de la [SEDRONAR], siendo responsable del diseño y la articulación de políticas y acciones tendientes al control del tráfico ilícito de drogas y sus delitos conexos. (Secretaría de Programación Para la Prevención de la Drogadicción y el Narcotráfico en Argentina [SEDRONAR], 2012)¹¹

Nivel Provincial

La Provincia de Santa Fe, pertenece a la región centro del [COFEDRO] o Consejo Federal de Drogas, que incluye a Santa Fe, Entre Ríos, Córdoba, Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En el momento del trabajo de campo, la Provincia asumía la problemática desde el Ministerio de Desarrollo Social, a través de la Dirección Provincial de Prevención y Asistencia de Comportamientos Adictivos, con sede en la ciudad de Santa Fe. Esta Dirección también tenía sede en Rosario, una oficina ubicada en la Sala Lavardén, sita en

¹¹A partir de la designación en noviembre de 2013, del sacerdote Juan Carlos Molina como nuevo Secretario se modifican las líneas de trabajo de [SEDRONAR] que aquí se presentan.

la esquina de Mendoza y Sarmiento. Desde allí se diseña, coordina, supervisa e implementa planes y programas destinados a la prevención de comportamientos adictivos contraproducentes para la salud individual, familiar o social. También coordina y compatibiliza los programas públicos y privados destinados a la recuperación de las personas afectadas por comportamientos adictivos como el consumo problemático de drogas y alcohol. (Gobierno de la Provincia de Santa Fe, 2011)

El Programa Provincial Intersectorial de Asistencia y Acompañamiento en el Uso Abusivo de Sustancias Psicoactivas, fue propuesto en 2009 por el Ministerio de Salud, junto con el de Desarrollo Social. Como fue mencionado, tuvo dos grandes ejes de desarrollo. Uno estaba focalizado en la capacitación a los profesionales que, en los distintos niveles de intervención, se enfrentaban con la demanda de personas vinculadas al uso problemático de sustancias. La finalidad de esa capacitación era tener profesionales formados en la temática, en hospitales generales que se iban a constituir en referencia para la atención de las urgencias y/o procesos de deshabituación. Con esto se evitarían la internación en hospitales de salud mental o monovalente, y derivaciones a otros dispositivos como las comunidades terapéuticas o al poder judicial como forma de asegurar la cura.

Otro se focalizó en los dispositivos clínicos asistenciales, los equipos territoriales, Servicios de internación, Guardias y Centros de días. La población objetivo estaba constituida por los niños, adolescentes, jóvenes y adultos en situación de vulnerabilidad, donde las adicciones agregaban mayor riesgo para esta población. (Castaño, 2009)

La modalidad de abordaje tenía su anclaje en la noción de territorio. Según Eugenio Vilaça Mendes (1993) el territorio es un espacio producto de la dinámica social donde se tensionan permanentemente los sujetos sociales, por lo que el territorio está en constante construcción y reconstrucción. De allí que esta concepción trasciende a la reducción de una sola superficie con características geofísicas, y se transforma en un

espacio de vida, de conflictos, de intereses distintos en juego, de proyectos de los sujetos y también de sus sueños.

El Programa reconocía la necesidad de crear o fortalecer a los equipos territoriales, que tendrían la finalidad de elaborar y ejecutar acciones conjuntas que impliquen al niño, al joven, sus familias y sus pares. De esa forma podían brindar asistencia a los que se encontraran en situaciones graves y promover la inclusión en espacios institucionales de aquellos que se encuentren por fuera, entendiendo que esto es trabajar en la prevención.

Castaño (2009) proponía que los dispositivos territoriales serían el soporte de los equipos territoriales, construyendo la referencia al sistema de salud y acompañando en la construcción de la Red en sus diferentes instancias. Los equipos de "fortalecimiento" abordarían las crisis subjetivas en los territorios y como equipos matriciales acompañarían a los equipos locales. Diseñarían en forma conjunta estrategias en las distintas instancias (por ejemplo internaciones o externaciones); conformarían los mini equipos que harían los recorridos de calle para transitar por circuitos donde se encuentran las poblaciones destinatarias de los dispositivos; construirían otros circuitos por espacios inclusivos, garantizando el acceso y acompañando en la permanencia a niños, jóvenes y adultos

En el año de presentación del Programa en Rosario ya funcionaban cinco equipos de fortalecimiento en [APS], con dieciséis recursos humanos en el ámbito del Ministerio de Salud de Santa Fe y seis mini equipos del Municipio de Rosario con doce recursos humanos contratados por la Secretaría de Promoción Social más recursos de la Secretaría de Salud Pública.

Otro dispositivo para desarrollar serían los centros de días, considerados como espacios matriciales donde alojar la diversidad de la problemática y desarrollar estrategias de capacitación y fortalecimiento específico con los equipos de los [CAPs] territorializados. Esta forma permitiría construir las redes de trabajo, articuladas a las problemáticas territoriales, como componentes estratégicos del Plan del Gobierno de

Santa Fe. Para ello, consideraban necesario desarrollar quince centros de día en todo el territorio santafesino, definidos como espacios creados para no borrar la singularidad de los sujetos. Ellos serían: Nodo Rosario (5); Nodo Santa Fe (4); Nodo Reconquista (2); Nodo Rafaela (2); Nodo Venado Tuerto (2).

También, y de interés para esta investigación, era la propuesta del equipo de Fortalecimiento de Guardias, con posibilidades de guardias volantes de 24 horas en articulación con la Dirección de Provincial de Accidentología y Emergencias Sanitarias [DIPAES].

Para los servicios internación proponían una readaptación de los servicios en los hospitales generales y monovalentes para la internación de estas situaciones y articulación con la red de internación de [ONG] y equipos de referencia de [APS] en todo el territorio provincial. Destacaban como dimensión fundamental en la estrategia, consolidar el cambio de lógica en los procesos de trabajo de las organizaciones hospitalarias, a fin de que los mismos se organicen de acuerdo a la caracterización de las necesidades poblacionales.

Reconocían a los efectores hospitalarios como espacios claves en tal sentido, los Servicios de Guardia y los Servicios de Internación, tanto de hospitales monovalentes como de hospitales generales, en la medida que constituyen recursos necesarios de intervención en situaciones críticas que implican riesgo físico y subjetivo.

El Documento del Programa mencionaba asimismo que la consolidación del cambio de lógica iba a ir de la mano con el aseguramiento de ciertos soportes a los equipos de dichos espacios, permitiendo constituirse como lugares de alojamiento y de cuidado de la salud. En ese marco, resultaba clave el aporte de los profesionales de Salud Mental en estrecha articulación con otros profesionales de la salud (Castaño, 2009)

El 27 de mayo de 2009, el Gobierno de la Provincia de Santa Fe, presentaba en Rosario, la Red Integral de Asistencia del Abuso de Sustancia Psicoactivas. [RIAASP] (Gobierno de la Provincia de Santa Fe, 2011).

Para poder dar cumplimiento a esta Red, necesitaban contar con todos los recursos públicos disponibles en la Provincia, cualquiera sea su dependencia administrativa, de acuerdo a las particularidades y singularidades de las situaciones a abordar. Procuraba una cobertura universal a niños y adolescentes en conflicto con la ley, cualquiera sea su situación jurídica y también a adultos en situación de privación de libertad. Se facultaba a una Mesa de Planificación Provincial y, como modalidad de abordaje, proponían que en cada Región de la Provincia, la Red implementara una Mesa de Planificación Regional, integrada por los referentes nodales de cada Ministerio. El Nodo Santa Fe sería la sede operativa del servicio 0800 de información, consultas anónimas y ayuda telefónica en Salud Mental, incluyendo la problemática del abuso de sustancias psicoactivas (0800-555-6743).

Sin embargo, la realidad demostró que muchas de estas propuestas no pudieron ponerse en marcha. Esto repercutió en la población y en los Servicios de Salud. Los hospitales generales se vieron obligados a aceptar las internaciones de usuarios con problemas de Salud Mental, incluidos los consumidores de sustancias, sin contar con los dispositivos y refuerzos prometidos.

Como fundamento de esta afirmación, se encontró que dos años después, el 9 de marzo de 2011, la Diputada provincial Silvina Frana (2011), solicitó al Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud, del Ministerio de Desarrollo Social, del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos respuestas para estos interrogantes: "¿Cuál es la situación en relación al funcionamiento del Programa de la Red Integral de Asistencia del Abuso de Sustancias Psicoactivas [RIAASP], ¿cuál es el estado de implementación del programa [RIAASP]?, ¿cuál es la constitución y frecuencia de encuentros de la denominada, dentro del marco del programa, Mesa de Planificación Regional? y ¿cuál es la ubicación, personal y recursos con los que cuentan los no menos de cinco dispositivos asistenciales ad hoc, que el programa establecía crear?.

Los entrevistados también reconocieron que en la práctica real los recursos prometidos no llegaban y eso los dejaba en soledad realizando esfuerzos institucionales y, en muchas oportunidades, solo personales, para lograr cumplir con el deber ser profesional.

Nivel Municipal

En Rosario, la problemática de la drogadependencia se aborda a través del Programa de Prevención y Asistencia de las Adicciones, que es un programa dentro de la Dirección de Salud Mental de la Municipalidad.

En el Sitio Oficial de la Municipalidad de Rosario se explicitaba que los profesionales de la Salud Mental realizan sus intervenciones reconociendo que los padecimientos de las personas que concurren a los servicios de públicos de salud son problemáticas que no pueden ser solucionadas con prácticas tradicionales, sino que deben ser tratadas con intervenciones colectivas e intersectoriales, siendo el eje de todo el sistema de salud, el nivel comunitario. (Dirección de Salud Mental, Municipalidad de Rosario)

Desde el Programa se diseñaban y construían las políticas y las formas estratégicas de intervención, a partir de asistir, prevenir y rehabilitar a las personas con uso problemático de drogas.

Tenía un área de consulta abierta a la población donde se evaluaba cada situación y se implementaba la atención necesaria para cada caso, ya sea desintoxicación en hospitales generales, intervención en crisis, atención psicológica, tratamiento psicofarmacológico y abordaje familiar.

El sistema de becas era para aquellos usuarios que no tenían recursos obien contaban con escasos recursos. Se los asistía con modalidades de hospital de día o internaciones en instituciones específicas para el tratamiento del problema.

La promoción y prevención, mayormente estaba dirigida al grupo de jóvenes, así como también la prevención inespecífica y secundaria, estaba focalizada a grupos de adolescentes de los distintos distritos. Implementaba cursos para dejar de fumar y apoyaba a grupos de ex fumadores, con la modalidad de grupo de autoayuda. Aportaba a la caracterización socioepidemiológica de la población que consumía sustancias legales e ilegales para conocer e identificar la demanda en la ciudad.

En los relatos de los profesionales, se reconocía que las propuestas delineadas políticamente no se efectivizan en el trabajo de todos los días. Los espacios donde la Red de Servicios Públicos de Salud debía dar respuestas, solo generaban situaciones de frustración, expresadas por los equipos que no encuentran herramientas o dispositivos para el seguimiento y/o tratamiento a largo plazo de los usuarios con uso o abuso de sustancias psicoactivas. Esa situación atravesaba todos los estamentos políticos.

Resulta recurrente en los relatos, la soledad de los trabajadores en los Servicios de Guardia al intentar solicitar algunos de los recursos declamados desde el inicio de la actual gestión de Gobierno Municipal y Provincial, que marcaba que el sistema de Salud Provincial tiene servicios públicos, privados y de las obras sociales, donde el Estado actúa como prestador de servicios y como regulador de los otros sistemas conformándose como una Red. (Gobierno de la Provincia de Santa Fe, 2008)

La fragmentación del sistema y la falta de coordinación se revelaron en los discursos, porque mencionaron los problemas en la referencia y contra referencia entre el Servicio de Guardia (segundo nivel) y los otros servicios, desnudando la debilidad en el verdadero sentido del trabajo red, como expresa Testa (1994), retomado por Mario Rovere (2003). La lógica de redes es sumamente valorada en el ámbito de la salud pública, muy fácil de enunciar pero con frecuencia no se aplica o no se sostiene en el tiempo, más allá del tiempo político de quién lo promueve.

La Red, esa asociación entre centros asistenciales, no es reconocida por los actores que se encuentran en ella, ya que al ser una construcción que atraviesa los

espacios institucionales y personales y los niveles de gestión, no muestran la capacidad o fuerza como para realmente hacerla funcionar.

En ese sentido, pero en torno a otras problemáticas, en 2009 se firma un convenio para invertir en alta complejidad, donde la Provincia contrata los servicios de salud al Sistema de Salud Municipal y los abona al año siguiente. El convenio comenzó con el Hospital de Niños Víctor J. Vilela y el Hospital de Emergencias Clemente Álvarez, que son los dos que tienen servicios de mayor complejidad. En 2013, se amplió a las áreas de alta complejidad del Hospital Roque Sáenz Peña, el CEMAR, la Maternidad Martín y las Redes de Laboratorios Bioquímicos. (Diario El Ciudadano, 2014)

Otro elemento a considerar es que sólo Rosario tiene un sistema municipal en red porque en el resto de las ciudades existe una red de atención primaria mínima, mientras que los demás servicios son sostenidos y prestados por la Provincia.

El Sistema de Salud Integrado [SSI] entre la Provincia de Santa Fe y la Municipalidad de Rosario se efectivizó a fines del año 2014, momento de cierre de este documento a partir de la aprobación de una ordenanza que no implicará ningún cambio, salvo en lo normativo, ya que sin esta ordenanza, la Salud Pública municipal cuenta con un respaldo legal.¹²

b) La Organización del Equipo de Salud Mental

En las políticas propuestas a nivel de la Provincia de Santa Fe y de la Municipalidad de Rosario, los efectores hospitalarios y entre ellos los servicios de Guardia y Servicios de internación, son considerados claves para intervenir en situaciones críticas que implican riesgo físico o subjetivo.

Por eso están obligados a consolidar un cambio de lógica en los procesos de trabajo de las organizaciones, que solo se puede concretar con el apoyo de los equipos que trabajan en dichos espacios y donde los profesionales de la Salud Mental son claves y

¹² El Concejo Municipal aprobó el jueves 19 de diciembre de 2014, por unanimidad, el proyecto para crear el Sistema Público de Salud en la ciudad, presentado por el edil del Frente Progresista Cívico y Social, Dr. Miguel Ángel Cappiello.

fundamentales para articularse con ellos. (Dirección de Salud Mental del Gobierno de Santa Fe, 2009)

Sin embargo, las expresiones recolectadas muestran la percepción de que dichos profesionales tienen una participación horaria recortada, con un horario semanal asignado que no se cumple en su totalidad. La otra cuestión por la cual el trabajo de estos equipos no favorece la tarea, es que los integrantes de Salud Mental, se acercan al campo solo a partir de una solicitud o interconsulta.

La fortaleza del trabajo en equipo interdisciplinario se ve fragmentada, con prácticas individuales de atención del llamado equipo de salud (médico, psicólogo, enfermero). Los relatos, inequívocamente, revelan debilidad a nivel institucional que repercute en la atención que se brinda a estos usuarios de sustancias psicoactivas.

Durante los fines de semana, los equipos de fortalecimientos de los Servicios de Guardias, que se habían solicitado desde la Dirección de Salud Mental Municipal, no resuelven la ausencia de los profesionales de Salud Mental

En forma conjunta, municipalidad y provincia habían elaborado, en 2009, un proyecto para conformar estos equipos de fortalecimiento. Ese proyecto tenía la aprobación desde los organismos nacionales, pero al momento del trabajo de campo, aún no se había efectivizado.

Cabe destacar también en el análisis de los relatos, una interpelación a la interdisciplina que, a diferencia de un saber absoluto, es un proceso que debe apuntar a descompletar saberes, generar espacios y tiempos para el encuentro productivo, permitiendo la circulación del saber entre los miembros del equipo, los pacientes y la institución. En este sentido, se puede apreciar también un obstáculo al que los profesionales enfermeros se enfrentan en el diario transcurrir que es el poder hegemónico médico en las instituciones de salud, situación que ha sido estudiada, y esa dominancia es apenas uno entre los tantos problemas con que se enfrentan los equipos de salud que pretenden trabajar en forma integrada e interdisciplinaria. (Campos, 1998)

En efecto, parecería que el sistema de organización institucional hospitalaria condiciona y determina comportamientos y posturas dentro de los trabajadores. Por tanto, la estructura de poder verticalizado con tomas de decisiones centralizadas lleva a diluir el compromiso de los equipos entre sí y con aquellos a quienes atienden.

Las profesiones y los profesionales realizan acciones separadas unas de otras, suponiendo que siendo cada uno responsable de lo suyo se logra el objetivo de la atención de la salud.

Desde las políticas públicas, se intenta que los recursos humanos que intervienen en el campo de la salud mental sean dispositivos de acción, con un trabajo en equipo. Pero la construcción del equipo se ve frecuentemente amenazada dado que hegemonícamente hay una valoración de algunas disciplinas, tal como se identifica en los relatos, en detrimento de otras, entre las que se incluye como subalterna Enfermería, pero la realidad muestra que ese rol es necesario al momento de las intervenciones efectivas en este campo.

El campo de la salud agrega una complejidad adicional que es la existencia de un diverso conjunto de saberes o conocimientos médicos, que son las especializaciones con sus respectivas prácticas y las otras disciplinas, por lo que es necesario mantener procesos de diálogo, al interior de la disciplina hegemónica con las otras, compartir información, desarrollar conocimientos e información epidemiológica para lograr la concreción de los objetivos de salud. (Rovere M. , 2004)

Del Carlo (2011) realizó una investigación sobre la misma problemática en [CAPs] municipales, que también develan la falta de profesionales de Salud Mental, el recorte de los días y franjas horarias de su trabajo, fundamentalmente en los horarios donde hay mayor afluencia de consultas, que son, después de las 19 horas o los fines de semana.

La tarea, y con estas condiciones sostenidas en el tiempo, predispone en los enfermeros a que emerjan sentimientos de angustia, culpa e impotencia, ya que finalizan

haciéndose responsables individualmente por situaciones que requieren un abordaje eminentemente colectivo.

La política en salud de la Municipalidad de Rosario busca que los servicios hospitalarios, conformen equipos de referencia con apoyo matricial especializado, a imagen de los servicios comunitarios. La directriz que guía estos cambios radica en el logro del vínculo terapéutico entre el equipo y los usuarios, donde el trabajo interdisciplinario es una forma de superar aspectos fundamentales del modelo médico hegemónico de atención. (Campos, 1998)

En su labor, los enfermeros, a pesar de ese modelo hegemónico, consideran que logran respetar la subjetividad y la singularidad del otro. El ingreso en los hospitales generales de usuarios para deshabituarse y desintoxicar o para atender crisis subjetivas, que se abre luego de la aprobación de la Ley Nacional de Salud Mental, tensiona a los profesionales ya que, si bien pueden entender y comprender al otro, reclaman el trabajo en equipo interdisciplinario.

c) La Organización del Equipo Médico

Las transformaciones socioeconómicas de los últimos tiempos han generado que las profesiones del campo de la salud y los propios usuarios de los servicios de salud hayan modificado sus concepciones y sus prácticas. En la temática de drogas, las indecisiones, la escasa articulación entre intervenciones y programas, junto a las presiones y exigencias de los propios usuarios, modifican las prácticas de los equipos de salud. Con estos sujetos de consumo problemático, según los entrevistados, los médicos deben desarrollar una conducta de sobre adaptación profesional, respondiendo desde un lugar no planificado para satisfacer las necesidades del otro y sus exigencias, obteniendo a cambio la anulación de intentos de agresión personal. Esta sobreadaptación funciona como una herramienta o estrategia de afrontamiento ante las crisis subjetivas que a diario recibe en el Servicio.

En el mercado de trabajo médico, aparece la relación entre oferta y demanda de profesionales para el ejercicio de la medicina y depende en forma muy estrecha de las características que asuman esos dos procesos sociales complejamente articulados. Por un lado, se encuentra el proceso de producción de la capacidad de trabajo médico o la educación médica y por el otro, el proceso de producción de servicios de salud que es la práctica médica concreta.

La educación médica tiene que formar un recurso humano que pueda satisfacer las demandas de salud de la población, pero igual que la práctica médica, la formación está influenciada por determinaciones sociopolíticas, económicas e ideológicas que hacen que no siempre los médicos que egresan puedan insertarse y responder a esas demandas. Los desajustes pueden referirse tanto a conocimientos, como aptitudes y sistemas de valores incorporados durante los años de su carrera, pero que al momento de trabajar pueden transformarse en elementos que hacen muy dificultoso su ingreso al mercado laboral. (Belmartino, Bloch, Luppi, De Quinteros, & Troncoso, 1990)

En la Universidad Nacional de Rosario, la Facultad de Ciencias Médicas tiene un ingreso irrestricto, y tiene un número constante de egresados que año a año se agregan a la fuerza laboral. Esto contrae aún más el campo de trabajo que se ve agravado por la situación también crítica que atraviesan los distintos efectores del sistema de salud de la República. Además existe la presunción que frente al déficit de la formación de grado, es necesario la formación de post grado, lo que obliga a los recién graduados al ingreso en distintas especialidades que son una respuesta al imperativo tecnológico de la medicina, pero fragmentan a la persona que es sujeto de atención.

Belmartino et al. (1990) consideran que ciertamente surge una crítica al modelo de práctica real, ya que aparece una contradicción -o aparente contradicción- entre los requerimientos del campo laboral y los contenidos del curriculum de grado y de posgrado de la carrera de medicina. Por un lado, la formación se encuentra tendiendo a la estrategia de [APS] en manos de un médico generalista o de un equipo formado en las

especialidades básicas. Pero, por otra parte, las señales que el estudiante y el graduado reciben del sistema prestador y de los centros vinculados a la Universidad lo inducen a insertarse en una especialidad como forma de continuar su formación. Así encuentran multiplicidad de instituciones empleadoras, variedad y ausencia de educación y mas grave aún, de capacitación en servicio, jornadas agotadoras de prácticas, heterogeneidad de trabajo médico. El modelo prevalente de la práctica tiene limitaciones para dar respuesta a las necesidades sociales con el consiguiente deterioro de la relación médico-paciente y mercantilización de los servicios.

Los relatos ponen blanco sobre negro en cuanto a las condiciones de trabajo de los médicos: tienen sueldos magros, por lo menos los que reciben del subsector público, incluso muchos trabajan *ad honorem*. Aunque estos profesionales sienten, de algún modo, la situación como compensada por las oportunidades de capacitación o el relativo nivel de prestigio que supone estar ocupando un puesto dentro de la estructura del servicio o de la docencia en una cátedra de la carrera.

Los magros sueldos, entre otros factores, los llevan a la multiocupación y a ocupar espacios para los cuales su formación no los ha capacitado totalmente, forzándolos, en muchas situaciones, a dar respuestas inapropiadas, tensando las relaciones con el resto del equipo y, especialmente, con los entrevistados que serían los encargados de realizar las indicaciones emanadas por los profesionales médicos, situación que genera insatisfacción e impotencia en el grupo en los trabajadores de los Servicios de Guardia.

La realidad de los servicios requería necesariamente una formación diferente. Acompañando esta inquietud, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, produjo a partir de 2001 la modificación del Plan de Estudios de la carrera de Medicina luego de más de cuarenta años sin cambios en el curriculum. De este modo, se hizo énfasis en la formación de un graduado comprometido capaz de intervenir en problemáticas sociales complejas, como podría ser la atención del usuario de sustancias psicoactivas. (Facultad de Ciencias Médicas. Plan de Estudios Carrera de Medicina, 2001)

Se propone que estos profesionales, lejos de la racionalidad técnica y de las recetas comunes para todos los casos, puedan adquirir las herramientas para buscar, crear y pensar otros recursos, o los recursos pertinentes-para la resolución de las situaciones a las que se enfrentan.

Estos cambios en el perfil del futuro egresado, tendientes a una formación general con énfasis en [APS], tuvieron entre otras, la necesidad de adecuación del plan por ser una carrera cuya profesión está regulada por el Estado y se encuentra entre aquellas que el artículo 43, de la Ley de Educación Superior considera de interés público.

Las carreras como Medicina y Enfermería pueden, por su accionar, comprometer el bien público y poner en riesgo a la salud de la población, por lo que necesariamente se las incluye en ese artículo. Para orientar las propuestas la ley en el artículo 42, especifica la carga horaria, los contenidos curriculares básicos y los criterios sobre la intensidad práctica de los estudiantes. (pág. 5)

Pero todos los esfuerzos realizados desde la formación, no se hacen visibles en los servicios cuando el graduado tiene que poner en juego las herramientas para lograr la atención de los sujetos con problemas de adicciones. En las instituciones, el saber médico aparece limitado frente a la problemática de las drogas, ya que las adicciones no son un padecimiento que pueda definir con precisión, diagnosticar y tratar según el modelo médico que se encuentra instalado fuertemente en el lugar de trabajo. (Abonizio M. , 2004)

d) Las Condiciones del Trabajo de los Profesionales Enfermeros

La primera mención de elementos que obstaculizan el trabajo se relacionó con las condiciones de la planta física donde desarrollan el trabajo.

Todos los servicios de guardia de los efectores municipales están organizados según el instrumento de habilitación propuesto por el Ministerio de Salud, pero pareciera

que las nuevas problemáticas de salud no tienen un espacio físico que permita a los profesionales ejercer su rol. (Ministerio de Salud de la Nación, 2009)

Si bien durante el trabajo de campo hubo mejoras edilicias y cambio de lugar del Servicio de Guardia en uno de los hospitales, concretamente el Hospital Roque Sáenz Peña, las voces remiten a obstáculos reales que persisten y no encuentran eco en los estamentos de poder y decisión en el propio hospital y/o en la propia Secretaría de Salud.

Ante la complejidad del cuidado encuentran distintas posibilidades, siempre artesanales, acotadas a la planta física, a la prioridad de atención que requieren otros problemas clínicos, e incluso a la falta de información que surge del ocultamiento que hace el usuario de su propio consumo.

Es así como se materializa la mirada hegemónica del hospital, donde la problemática del consumo no es considerada un problema de salud, como cualquier otro. Además, el Servicio de una Guardia está constituido espacial, estructural y organizativamente desde una perspectiva biomédica, para atender la patología orgánica, la enfermedad del cuerpo producto de las situaciones de urgencia y/o emergencia, de catástrofe naturales o provocadas por el hombre. Por eso, parecería, y así lo sienten los profesionales enfermeros, que esta estructura es ineficaz para atender las situaciones de crisis subjetivas, donde la privacidad, la relación con el otro, la comunicación son necesarias para poder entablar vínculos dialógicos.

La Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657), en su capítulo IV, plantea respecto a aquellos con algún padecimiento mental que son sujetos de derecho, con pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación, y en función de esto, tienen derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad. (Dirección de Salud Mental, Ministerio de Salud y Desarrollo, 2009).

La pregunta sin respuesta es la siguiente: ¿es posible con las actuales estructuras?

La problemática del consumo y los consumidores, según se ha caracterizado en la Fase Cuantitativa, está aumentando e ingresan a los hospitales generales donde los

estereotipos del modelo biomédico, las normas institucionales y de funcionamiento parecerían ser más un obstáculo que un beneficio para ellos. En este sentido, los relatos también dan cuenta que el número de usuarios con consumo problemático va en aumento.

La ausencia de redes o espacios que incluyan e integren a los usuarios de sustancias, fuerza a los profesionales a dar respuestas inconsistentes, incluso remediales. Por ejemplo, en forma tácita, sabiendo cómo es la conducta del usuario de drogas, se lo ubica cerca de la puerta para que pueda por sus propios medios “escapar” del lugar. La cantidad de pacientes y la escasez de recursos hacen que no se cuestione este proceder, ya que al “escapar” la persona, el problema “escapa” con ella. De este modo, los profesionales continúan brindando cuidados a aquellos que al parecer, tienen derechos adquiridos para ser atendidos, ya que su enfermedad orgánica emergente o de urgencia lo hace merecedor de estar en ese lugar.

Del Carlo también identificó a través del relato de los profesionales de los equipos así como de los propios usuarios, algunas razones por las cuales los profesionales entrevistados daban explicaciones de por qué el usuario de sustancias no quedaba en la internación transitoria de los hospitales, confirmando su hipótesis con los relatos de los propios usuarios. Éstos expresaban que quedaban tirados cinco horas en una camilla, nadie les hacía nada, se sentían “verdugueados”, “maltratados”, y como dejaban las puertas abiertas, se iban.

En la misma línea, los relatos de los enfermeros explicitan que se los ubica estratégicamente para que puedan irse, o bien en el lugar de mejor visión, para estar expectante y actuar rápidamente frente a las conductas de excitación o violencia con las que se relaciona a los consumidores. En efecto, el hecho de que no se pueda hacer la interconsulta con el Servicio de Salud Mental al inicio de la atención (menos aún los fines de semana), algunas intervenciones quizás no tan efectivas del médico de guardia o de los propios enfermeros y un lugar o espacio reducido, hacen que la permanencia

prolongada de los usuarios con problemas de drogas sea un verdadero obstáculo para el desarrollo del resto del trabajo del Servicio de Guardia. Cuando surgen estos planteos incluyen en ese proceso de desatención tanto a los sujetos con otras problemáticas, urgentes, orgánicas o no, que se encuentran en la Guardia, pero también a los propios consumidores que no reciben los cuidados pertinentes.

La carga global de trabajo que está presente en una organización es el resultado de la acción conjunta de los factores de riesgo del ambiente de trabajo y de las condiciones en que se efectúa la labor. Esa carga puede ser física, psíquica y mental, aunque no todos los trabajadores van a responder a esa carga de la misma manera. (Neffa, 2002)

Ser enfermera o enfermero significa responder a las exigencias de un trabajo intenso, donde se combinan una gran responsabilidad y una continua disponibilidad para satisfacer las necesidades de los enfermos. Se reconoce que los enfermeros y las enfermeras se encuentran inmersos en un servicio que ofrece atención constante, de día y de noche, a lo largo del año, soportando el impacto total, concentrado e inmediato de todas las tensiones que se originan en la atención de enfermos y sus familias, con repercusiones en la propia salud. (Fortino, 2003)

Reconocer que algunos aspectos del trabajo de Enfermería pueden influir negativamente en el proceso laboral no es nuevo, como tampoco señalar que algunos de esos aspectos pueden incidir en la salud de los enfermeros.

Las condiciones físicas del medio de trabajo, la adecuación o no de la planta física, los recursos materiales con que cuentan o carecen, la tecnología que utilizan desde siempre y las nuevas que se incorporan, son elementos que definen algunos de los riesgos laborales del colectivo enfermero.

Las relaciones sociales que establecen con sus pares, otros profesionales y con los destinatarios de la atención, independientemente del lugar de trabajo, influyen y mucho, a la hora de reconocer la carga global del trabajo de la profesión.

Cuando los entrevistados reconocen algunas características en el consumidor, como así en el grupo de amigos, están poniendo el acento en la complejidad del objeto de trabajo que tienen para cuidar y paralelamente, enfatizan que la carga física de la tarea está siempre acompañada de una gran carga emocional. Las conductas agresivas, de excitación, de violencia les generan un cambio en la organización de la tarea, en las decisiones a tomar, en la concentración que les requiere el cuidado, resultando en un mayor esfuerzo físico y mental para lograr realizar lo necesario en el turno de trabajo.

La vida y la salud de los trabajadores están fuertemente condicionadas, y hasta determinadas por esas formas de trabajo. Según las capacidades personales y las estrategias de afrontamiento que empleen, pueden transformar el trabajo en un operador de salud o bien en un impedimento de desarrollo personal con efectos sumamente desestabilizadores, y hasta patológicos para sí mismos. (Dejours, 1992)

El impacto se expresa en la salud del enfermero trabajador pero también en las relaciones con el resto del equipo, tanto al interior del equipo de Enfermería como hacia las otras disciplinas, lo que puede llegar a afectar la calidad y la seguridad de la atención brindada. (Portella Ribeiro, Pereira Rocha, Demutti Pimpao, Rutz Porto, & Buss Thofern, 2012)

La estructura organizacional del proceso y el trabajo en permanente contacto con los usuarios, sus sufrimientos y penas, son agentes que estresan al trabajador, generando muchas veces impotencia y favoreciendo condiciones para que se produzcan accidentes laborales.

Al mismo tiempo, al interior de la propia profesión, la estructura vertical del equipo muchas veces subordina e impone sin consensuar, fracturándose la comunicación. De este modo, la ausencia de escucha en torno a los pedidos de ayuda en los niveles de decisión, también conforma condiciones que pueden hacer emerger resentimientos e insatisfacción laboral. (Espinoza, 2012)

En este estudio, los relatos hacen hincapié en las condiciones de trabajo del área que se encuentra subsumida por normas y rutinas según los distintos turnos. Resaltan que, por la organización del trabajo que asumieron, su presencia es obligatoria y continúa durante las 24 horas, mientras que otras profesiones pueden no estar. Es decir, quedan siempre en primera línea, son los “agentes de la trinchera en salud”, expresión que alude su lugar, cuerpo a cuerpo, con el sufrimiento, el dolor y la misma muerte. (Videla, 2008)

El estar todos los días, durante todo el año en el Servicio obliga a Enfermería a hacerse cargo de las demandas, mientras que el resto del equipo puede correrse de ese lugar. El personal reclama que sus jornadas son agotadoras, con más o menos trabajo según turnos diarios o semanas. Asimismo, sobrelleva la falta de recursos y experimenta el sufrimiento y la angustia de los propios pacientes y sus familias.

No obstante, no aparece un reclamo salarial: solo la referencia a que sus ingresos son ínfimos y que no les alcanza para el diario vivir. Esta ausencia denota una colisión entre el deber ser profesional y el reconocimiento de la acción sindical como herramienta que permite acumular poder en función de los intereses del grupo, contribuyendo a su desarrollo. La participación en un gremio es una herramienta para la realización de los trabajadores, en el marco de la legislación vigente. Estos desafíos aún no están encarnados en el colectivo de Enfermería, aunque se visualiza cada vez con mayor fuerza la necesidad de participar en los gremios, fijar objetivos, instalar los problemas de la profesión en las agendas de los propios gremios y en las agendas políticas, asumiendo el liderazgo en esos espacios. (Perich, 2000)

Mirta Videla (2008) denuncia que, por un lado están los pacientes, que se quejan que no se les informa, que reclaman a los médicos que no responden a sus interrogantes, que siempre están apurados, entre otros reclamos. Pero del otro lado, se encuentra el personal sanitario, donde las enfermeras se quejan de los médicos, ellos de ellas, las mucamas de las enfermeras, las de un turno por las de otro turno y así sucesivamente se

va conformado una cadena de quejas, lamentos, reproches y demás que conforman un malestar que circula por toda la institución.

Esto muestra que el modelo curativo que rige en el ámbito hospitalario, se impone sobre los profesionales de la salud, los fuerza a priorizar el cumplimiento de las indicaciones médicas, fundamentalmente medicación y tratamientos, en desmedro de aquellos cuidados independientes que se desprenden del propio rol, como la satisfacción de necesidades psicosociales y la intervención en crisis.

Los profesionales enfermeros reconocen que la tarea les requiere otras capacidades, entre ellas, el uso terapéutico de su propia personalidad, pero los obstáculos institucionales, la complejidad de la problemática, el lugar que ocupan dentro de los trabajadores en el servicio, las dificultades de su formación en el campo de la drogadependencia, el modelo de atención y la búsqueda de la identidad profesional son elementos que no le permiten visibilizar la fuerza que tienen.

A pesar de sentirse limitados en el rol, de no poder hacer lo que deben hacer, valorizan el contacto con el usuario considerándolo como la fortaleza de la actividad profesional. No obstante, este contacto se transforma en una debilidad ya que no lo pueden implementar, a causa de la dinámica de trabajo del Servicio, organizada según la patología y la enfermedad.

Por un lado, en franca contradicción, remarcan que el vínculo que establecen es lo fuerte de su tarea pero, por otra parte, manifiestan que no pueden ni siquiera realizar la escucha del otro. Frente a esto, los usuarios expresan emociones y conflictos, con altos montos de agresividad y violencia, debido a que no encuentran la ayuda que necesitan, búsqueda y motivación por las cuales se acercaron al Servicio.

f) La Formación recibida sobre la temática durante la carrera

Analizando retrospectivamente el ámbito de la formación y la práctica de los recursos humanos en Enfermería, se identifica la fuerte influencia que tiene el paradigma

médico. Su foco está centrado en los aspectos médicos: signos, síntomas, medicamentos e intervenciones quirúrgicas. La práctica de Enfermería a principios de la segunda mitad del siglo XX, logra un lugar identificando problemas médicos a partir de la valoración de las fallas o problemas en aparatos y sistemas. Todo se hacía en el hospital, enseñanza y práctica, donde las enfermeras pasaron de ejercer el cuidado enfermero a ser enfermeras técnicas al servicio del médico.

Esto se expresaba en los currículos contruidos en base a qué atención debían recibir los pacientes, según tratamientos o intervenciones curativas y médicas. Las asignaturas del plan de estudio, referían a las especialidades médicas (pediatría, ginecología, traumatología entre otras), dejando por fuera a los sujetos según el proceso vital o el grupo etario, elementos que permiten tener una visión integral de ese sujeto. (Velandia Mora, 1998)

En ese tiempo, el currículo estaba centrado en el producto regido, según Jürgen Habermas, por la racionalidad técnica que proponía producir acciones de acuerdo a una regla establecida, acción que surgía de la elección entre medios para lograr un fin específico, y donde el docente era depositario del aprendizaje de los estudiantes.

Duran de Villalobos (2014) afirma que en la práctica asistencial, cerca de fin del siglo 20 comienza a visualizarse un movimiento que coloca otra vez a Enfermería al servicio de las personas, sanas o enfermas, dejando de ser una actividad al servicio de médico. Es la etapa de la profesionalización de Enfermería: comienza con el ingreso de la carrera en la universidad y con el logro de un método de trabajo, el proceso de atención de enfermería [PAE] y el desarrollo de modelos y teorías de enfermería.

Acompañando a este proceso, el currículo de las carreras de licenciatura en Enfermería comienza a tener como eje el proceso de enseñar y el proceso de aprender y no solo el producto. Se organiza a partir de otro interés, el práctico, que busca la elección y deliberación para realizar una actividad o cuidado, tendiendo a generar una acción entre los sujetos que participan para la construcción del significado de lo que están

realizando, tratando de encontrar y elegir aquellas intervenciones que moralmente sean las más correctas. (Ballistreri M. , 2012)

Pero los entrevistados remiten a una limitación en la formación, independientemente de la Escuela de la que egresaron. Junto con esto, sostienen que es la práctica cotidiana la que les aporta los elementos para poder sostener y/o modificarla atención que brindan a los usuarios de drogas. Consideran importante una relación muy fuerte entre praxis-teoría y no viceversa, visibilizando la pobreza curricular en la temática y la carencia de espacios formales de capacitación

Al considerar al sujeto con uso problemático de drogas, como enfermo y enfermo mental, ubicándose en el paradigma de la enfermedad, requieren mayor conocimiento de farmacología ya que las consecuencias del consumo hay que tratarlas y medicalizarlas, lo que va en desmedro del pensar, decir y dar valor al otro, al vínculo con el otro atendiendo su subjetividad.

El fenómeno de las drogas y la formación del profesional de la salud, específicamente en esta disciplina, es una problemática emergente en estos tiempos, tanto en el contexto local como nacional, pero que no alcanza visibilidad en los espacios formales de grado. Por eso, los profesionales enfermeros reconocen que traen a la práctica elementos básicos para lograr una atención general de estos usuarios aunque solo en los servicios, en el campo de trabajo, se logran las competencias necesarias, y muchas veces a partir de iniciativas personales.

La educación inicial o ciclo básico de la carrera, con tres años de duración, se visualiza como insuficiente para lograr egresados que puedan enfrentar la realidad laboral, los cambios tecnológicos, sociales o epidemiológicos que solo se conocen y experimentan en el ámbito asistencial, tanto comunitario como hospitalario.

El tema de adicciones y los currículos de Enfermería en la Argentina, en especial en Córdoba y Rosario están atravesados por las directivas surgidas en el Proyecto [CICAD], cuyo eje fue la formación de profesionales especializados en reducir la

demanda. Comenzó en 1997 y durante más de una década acompañó a las Escuelas de Enfermería de América Latina, aunque Rosario recién se incorpora al proyecto en 2004. El diagnóstico de situación surgido de las Escuelas señalaba que la temática en casi todos los países que integraban el proyecto: Argentina (dos escuelas), Venezuela, Ecuador, Perú, Bolivia, Brasil (tres escuelas), Chile, México (tres escuelas) y Honduras recién se empezaba a reconocer como necesaria.

Fassi y Abdala (2005) producen un informe, identificando que las horas consignadas en los programas eran mayoritariamente teóricas y con escaso desarrollo de actividades prácticas. Los servicios presentaban gran resistencia para incluir a los estudiantes de la carrera. Las técnicas didácticas utilizadas en la mayoría de los lugares eran clases expositivas, conferencias, clases dialogadas, estudios de casos, visitas a centros especializados, seminarios, dinámica de grupal y algunos diseños de investigación.

Si bien las Escuelas habían incorporado contenidos, tenían escaso criterio de profundización y secuencia y el personal docente había recibido solo cursos básicos para comprender este fenómeno y enseñar en sus respectivos programas. Sin embargo, las voces de los entrevistados, sin distinción entre las escuelas de donde egresaron, confirman que al llegar a la práctica, se encuentran con escasas herramientas para enfrentar la complejidad de estos usuarios, evidenciando problemas en el proceso de enseñar el fenómeno, independientemente si la Escuela ha recibido o no apoyo internacional para desarrollar la capacitación de los docentes.

V – 3.4 - Sobre las fortalezas que reconocen para brindar la atención

a) La Autonomía Profesional y el Trabajo en Equipo

El cuidado de Enfermería implica la detección de personas, familias, grupos o colectivos en situaciones clínicas de riesgo, así como también el monitoreo y la ejecución de tratamientos terapéuticos y las intervenciones pertinentes a los cambios que por

evolución normal o patológica puedan ocurrir. Esto exige a los profesionales, la identificación y jerarquización de las necesidades tanto de salud o enfermedad en esos sujetos para la toma de decisiones. Es un cuidado construido a partir de las necesidades sentidas por la persona y de las que surgen de la valoración clínica, para su satisfacción. (Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería de la República Argentina (AEUERA), 2014)

Los enfermeros en los Servicios de Guardia atienden situaciones diferentes ya que incluye el cuidado de personas con problemas de salud que necesitan cuidados singulares, según el caso y su subjetividad. Si se requiere que el profesional sea un práctico reflexivo, dentro de la disciplina se abordará el proceso de toma de decisiones en el cuidado como medular, tanto en el campo clínico como en las otras dimensiones del cuidado donde se incluyan.

Ferreira de Campos y García Do Nascimento Graveto (2009) consideran que ese proceso exige una serie de decisiones, que deben tomar los enfermeros, siempre en relación con aquel a quién están atendiendo. Dentro de esas decisiones se encuentran las observaciones referidas a la condición o situación que presenta, el análisis e interpretación de los datos observados para lograr un diagnóstico enfermero y las acciones a ser realizadas con o en nombre de ese sujeto.

La toma de decisiones en la práctica cotidiana, es la que refleja la autonomía de una profesión, ya que cada una de esas decisiones da cuenta de la existencia de un corpus propio de conocimientos que las avala y las justifica. La autonomía profesional implica la libertad para emitir juicios en cada campo del desempeño del profesional y tomar decisiones dentro del ámbito o alcance de sus competencias.

En la Provincia de Santa Fe, la Ley Nº 12.501 regula el ejercicio de la Enfermería, y en su artículo 1º, enuncia la razón de ser de la propia ley, que es garantizar que los enfermeros y enfermeras puedan desarrollar su actividad con autonomía, acorde a los conocimientos científicos propios de su arte, las reglas de la ética profesional y los

principios de equidad y solidaridad social. (Legislatura de la Provincia de Santa Fe, 2005)

Duran de Villalobos (2014) expresa reiteradamente que en Enfermería la autonomía conduce a la cualificación y a la credibilidad de la profesión y de su quehacer profesional.

El término autonomía ha sido utilizado con diversos significados, sin embargo existen dos condiciones que son necesarias para su expresión: una, la condición de libertad, de independencia en relación a terceros y otra, la capacidad del sujeto para actuar intencionalmente, es decir, sin cualquier tipo de coacción.

El campo de la salud tiene características propias en las que sustenta su singularidad y complejidad. Los procesos de gestión son los más complejos que presentan las instituciones de la sociedad actual y los trabajadores tienen que desarrollar una muy alta autonomía, aun en los niveles de menor jerarquía. Esto se explica porque el objeto de su trabajo es la salud: están en contacto con personas, con el dolor y la muerte, funcionan las 24 horas durante todos los días del año y los trabajadores ponen en juego sus ideologías, conocimientos y valores como parte del proceso de trabajo. (Spinelli, 2010, pág. 281)

Las teorías sobre las organizaciones y el trabajo, constituidas a inicios del siglo XX, a partir de los aportes de Frederick Taylor (con su teoría de la administración científica) y Henri Fayol (desplegando la teoría de la administración clásica), se concibieron a las organizaciones como estructuras verticales, piramidales, dominadas por la racionalidad y la concentración del poder en la cúpula, pensadas para trabajadores que hacían su trabajo con las manos, a los que solo se les daba órdenes.

En las organizaciones con profesionales, como los enfermeros y los médicos, son estos básicamente quienes están en la línea operativa, agregándole permanentemente valor al producto, que es la salud o estado de salud del sujeto de la atención. Son ellos quienes deben decidir sobre sus acciones generando las condiciones para que estas organizaciones reciban aportes de las escuelas de administración estratégica. De este

modo, existe un corrimiento del control de la cúspide al centro, ya que no se plantea un evaluador por fuera del proceso, sino que es el propio trabajador quien lo controla.

Chervo, Arzani y Muñoz (2006) plantean una segunda contribución de ese razonamiento, que es definida por Mario Rovere como "*empowerment*", o proceso de empoderamiento que impacta en la forma de relacionarse con el trabajo y produce importantes modificaciones en el involucramiento en los procesos de toma de decisiones.

Actualmente, el proceso de trabajo profesional dentro de las organizaciones está expuesto a distintos tipos de burocratización según el entorno organizativo, dada la tensión que existe entre la jerarquía administrativa y la de los propios profesionales, unos, autoridad formal y otros, autoridad del conocimiento.

Enfermería incorporada a empresas privadas o a la administración pública adopta la configuración de la burocracia profesional, ya que posee descentralización horizontal y vertical del poder hacia los propios núcleos operativos y la coordinación se sustenta a partir de la normalización de sus propias habilidades y competencias. (Mintzberg, 1991)

Dentro de esta configuración organizacional, los profesionales trabajan en forma autónoma, sometidos a los controles de la propia profesión a través de los Colegios Profesionales, que no solo controlan la cantidad de atención que brindan sino también la calidad.

Deben ejercer la profesión según un código de ética profesional con una estructura mínima y una jerarquía de línea media que supone ámbitos de control amplios sobre el trabajo profesional con *staff* de apoyo también amplio.

Sin embargo, las empresas y la administración pública parecen ser las que más erosionan la autonomía profesional, ya que la máquina burocrática es una estructura inflexible, adaptada a producir estándares, pero muy poco abierta a incorporar cambios. Esos cambios solo se filtran desde dentro de la propia organización por un lento proceso de cambio de los profesionales a cargo, ya sea por propuestas de las instituciones

formadoras, en cuanto a normas, habilidades y conocimientos o bien, a partir del deseo de actualización o aumento de las competencias de los propios profesionales.

Tendiendo a un egresado que pueda insertarse en estos campos laborales, la formación profesional busca como eje, el desarrollo de competencias que permitan al profesional llevar a cabo el cuidado enfermero dentro de la organización en la que se encuentra y desempeñar el rol con autonomía.

En atención a esta propuesta, se identifica en el perfil del egresado del nuevo Diseño Curricular de las Escuelas de Enfermería, dependientes de los Ministerios de Salud y Educación de la Provincia de Santa Fe, capacidades, que deben evidenciarlas, como actitud reflexiva y crítica frente a la realidad y a su práctica profesional, conocimientos y habilidades necesarias que le permitan desarrollar actitudes cooperativas dinámicas y comunitarias, que le serán necesarias para brindar el cuidado enfermero, el proceso de atención, la conducción y la participación en grupos de trabajo y de investigación interdisciplinarios (Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2010)

Otra institución con un plan de estudios elaborado recientemente y que entrará en vigencia en 2016, la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario, cita entre los alcances del título del enfermero, capacidad para participar en el equipo de salud compartiendo la toma de decisiones para la atención de los sujetos y la administración de los programas, tanto de atención, como de educación y/o de gestión de los servicios. También señala como otras competencias, que pueda formar parte de los equipos de investigación disciplinarios o interdisciplinarios y participar de las instancias de discusión para mejorar la práctica. (Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas (UNR), 2013)

En efecto, se busca desarrollar capacidades en el egresado que le permitan trabajar desde la interdisciplina y en el interior de la propia disciplina, desplegar un cuidado fundamentado, seleccionando las actividades pertinentes para cada situación.

Ya el plan de estudios, vigente desde 1992 en esa Escuela, mencionaba sobre que el graduado es un generalista cuyos servicios e intervenciones en la atención continua, personalizada y humanizada de salud integral, recaen directamente sobre los individuos, familia y comunidad, como un todo. Debía tener grado de competencia que le permita tomar decisiones y desarrollar actividades en equipos intra e interdisciplinarios manteniendo y fortaleciendo su autonomía e identidad profesional. (Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario, 1992)

A pesar de estos esfuerzos que datan de varios años en los ámbitos de formación, el campo de trabajo muestra un profesional con dificultades para dar respuestas a los problemas que está atendiendo. En oportunidades, parece carecer de las mediaciones teóricas necesarias, de los saberes prácticos necesarios o bien del ser propio de una disciplina independiente, ya que no llega a poner en juego los valores aprendidos, como el saber o conocimiento sistemático, la destreza técnica o el hacer y el valor del ser, puesto al servicio o ayuda del otro. (Espinoza, 2012)

Reconociendo la fortaleza de poder ejercer la autonomía y tomar decisiones en el campo del cuidado, esta debilidad del rol puede tener su razón en que la profesión se encuentra en pleno proceso de transición del paradigma rector de su quehacer, en virtud de las nuevas conceptualizaciones sobre el cuidado, la práctica, el sujeto de atención y el proceso salud-enfermedad-atención. En esta transición, las otras disciplinas no logran visualizar los cambios y adecuar su rol. También en el interior del colectivo profesional, se producen cambios que se deben redefinir en clave de las nuevas demandas sociales.

Dentro de esas nuevas demandas, se ubica la atención a los usuarios de droga y la contención de familiares y acompañantes, cuestión que requiere un reacomodamiento de la práctica, ya que la complejidad de las situaciones pone al desnudo la debilidad de la función de Enfermería en el Servicio de Guardia.

Si de otra fortaleza reconocida se trata, cabe destacar la potencialidad para el trabajo en grupo y por ende en equipo, que se sostiene en medio del reacomodamiento

que se está produciendo al interior de la disciplina. La atención segura en salud se sustenta, entre otros eslabones, en el trabajo en equipo, disciplinario e interdisciplinario.

Según Ballistreri y Rossi (2013) cada miembro del equipo debe ocupar una posición y ejercer funciones dentro del mismo en relación estrecha con su competencia, su experiencia, el tiempo que lleva en el servicio, la personalidad, las actitudes para trabajar en equipo, la edad y el sexo, entre otras.

En la práctica diaria surgen dificultades en la integración de los equipos y quizás podría atribuirse a que los profesionales que ejercen disciplinas hegemónicas piensan y creen que el cuerpo de conocimientos de sus propias disciplinas es el más eficaz para explicar el problema a resolver, generando innecesariamente antagonismos o discrepancias en los grupos de trabajo. Esto ocasiona que los profesionales se resistan y atrincheren en sus saberes previos produciéndose situaciones que no permiten que se superen los límites de cada ciencia. (Deacon, 2010)

La mayoría de las formaciones de grado de los profesionales no tiene experiencias de trabajo interdisciplinario, cuestión que conspira para una futura práctica de trabajo en equipo, sea la profesión que sea.

En los discursos se encuentra una actitud ambivalente, reconociendo los pro y contra del trabajo en equipo, estos últimos encarnados en las relaciones interprofesionales que maniobran contra el logro del objetivo común.

Los profesionales enfermeros describen que Enfermería no es incluida en las decisiones sobre el tratamiento de los usuarios y menos aún en la posibilidad de realizar pedidos de interconsultas, por ejemplo, con los profesionales de Salud Mental.

La actitud de relegar a Enfermería está sostenida por el imaginario de que es un trabajador subsidiario y complementario al trabajo del médico. Y esto no hace otra cosa que alimentar el debate al interior de la disciplina sobre cuáles son los constructos teóricos que permiten que se definan como profesión.

Makianich (2010) considera que a esta situación se agrega que, en los equipos de trabajo cuyo centro es el tema de drogas, generalmente impera una lógica de trabajo que los transforma en equipos cerrados en su propio saber, y que se niegan a considerar para la intervención cualquier aspecto que escape a su formación disciplinar y sus herramientas técnicas operativas. Claramente surge en la temática la hegemonía de la medicina y la psicología como hegemónicas en las instituciones hospitalarias que logran subsumir y aislar a las otras disciplinas y / o recursos de salud. Sin embargo la irrupción dentro del campo de la salud de las adicciones interpela a Enfermería, reconociendo debilidades que, en parte, se pueden solucionar a través de un trabajo en conjunto.

Por eso, en las entrevistas, se producen algunos discursos encontrados. Unos que reclaman frente a la no integración; otros, revalorizando la comunicación y el resultado del trabajo en conjunto, con médicos y psicólogos.

Estos discursos entran en colisión, y así son tomados. Reconocen que la interdisciplina no es la suma de saberes y profesiones, sino que para que realmente tenga existencia es necesario un encuentro, donde todos los profesionales -de igual manera y en forma recíproca- trabajen para resolver la problemática.

b) La Comunicación Interpersonal como elemento de la Relación o Vínculo Terapéutico

En todas las intervenciones, los enfermeros se concentran en el sujeto, intentan con la palabra suscitar un cambio de comportamiento, procuran que exploren la problemática y aprovechen el espacio que la consulta o la internación ofrece.

Intentan establecer una escucha empática para poder comprender la perspectiva del otro, disminuyendo al máximo toda la resistencia que les pueda ofrecer. Consideran la relación como igualitaria, reconociéndolo como un sujeto con derechos, capaces de tomar decisiones e incluso de asumir responsabilidades de acuerdo a su condición y a su edad.

De este modo, entran en colisión con las [RS] que tienen sobre ese consumidor como enfermo, enfermo mental, delincuente. Ante estas imágenes se ven forzados a

intervenciones prescriptivas, surgidas casi siempre de otras profesiones como una suerte de terapéutica de la enfermedad.

Según Ramírez (2007), ubicados desde otro paradigma, brindan información e intentan generar conciencia crítica de la realidad para llevarlos a efectivizar algún cambio. Abordan los prejuicios y miedos que interpelan su propia subjetividad ya que estos alejan al sujeto de la posibilidad de hacerse cargo, afrontar y lograr transformaciones en sí mismo y en los demás. Se reconocen con capacidad para pensar en el otro, descentrándose de sus propias necesidades. Se solidarizan, los comprenden, los reconocen con necesidades e incluso con pocas herramientas, se esfuerzan para brindar cuidados y enseñarles a cuidarse compartiendo saberes.

Bregan por comprender las palabras verbalizadas explícitamente, pero intentan hacer lectura de los gestos y sus expresiones corporales, también del entorno, familiares y amigos. Consideran que la buena comunicación puede ayudar a decodificar las señales corporales, agudizar la observación y captar señales que les permitan intervenir adecuadamente. (pág. 122)

Al establecer la comunicación, se va generando un ida y vuelta, un diálogo que busca producir alivio, relajación, seguridad, motivación. Estiman que estas condiciones son las que hacen que los usuarios establezcan lazos con la institución, razón por la cual, frente a nuevas y similares circunstancias vuelven para ser atendidos en el efector.

Reconocen que eso los hace "diferentes" de otros lugares de atención, ya que pueden darles, aunque sea, una escucha reflexiva. Esto implica energía, tiempo, persistencia, el contexto no es el apto para poder desarrollar este tipo de cuidado, pero intentan establecer la empatía, comprendiéndolos, sin criticar, juzgar o culpar, respetándolos y aceptándolos tal cual son y se presentan.

En la comunicación como forma de relación, de vínculo de ayuda, se tiene la responsabilidad con el sujeto de atención, procurando utilizar una metodología que le

permita ir pensando, escuchando y acompañando. Esto no se puede reemplazar y es esencial en la práctica enfermera.

Se enfatiza como competencia o capacidad en el Plan de Estudio, la necesidad de que los profesionales tengan habilidades comunicacionales o capacidades comunicacionales y esto se fundamenta en que, en el campo laboral, es la herramienta que les permite relacionarse con el sujeto de atención para el desempeño del rol, con el resto del equipo de trabajo, los distintos grupos sociales y la sociedad en general. (Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas (UNR), 2013)

Esta capacidad, a pesar de las condiciones de trabajo, de las características de los usuarios, de los modos de relacionarse entre colegas y otras disciplinas, del conocimiento y práctica que sobre la temática tenga, vuelve una y otra vez a ser citada por los entrevistados como el elemento que, adquirido en su formación, moldeado fuertemente en la práctica, les permite a los profesionales enfermeros llevar adelante su trabajo y el despliegue del rol.

Como fuera señalado con antelación, pueden intervenir con los usuarios de drogas, planteando un vínculo con actitud de apertura: se esfuerzan para atender desde la singularidad de cada caso, evitando la generalización de sus prácticas, proponiendo alternativas que colaboran para la solución del problema que los trae a la consulta. Esta forma de cuidar les permite en muchos casos hacer valoraciones de la situación que, a pesar de los obstáculos propios y del contexto laboral, son útiles para ese sujeto.

CAPÍTULO VI

VI - 1 - CONCLUSIONES

En el marco de este trabajo, teniendo en cuenta el problema de investigación, la construcción del objeto de estudio, los objetivos propuestos y los enfoques metodológicos implementados se arribaron a las conclusiones que se enuncian a continuación.

Para caracterizar **el consumo de sustancias [SPA] de los usuarios que ingresaron a los Servicios de Guardia** se consideraron distintas dimensiones.

Para determinar la frecuencia de consumo se estableció el **perfil sociodemográfico de los usuarios**. Los datos recolectados fueron acotados al instrumento de recolección, **(frecuencia, edad, sexo y lugar de procedencia)**, recabados de las planillas de admisión al Servicio de Guardia de cada hospital

Así se identificaron 670 consultas durante el año 2008, donde, según los registros del médico o el médico de guardia que realizó la atención, indicaban como motivo de consulta y / o diagnóstico, el consumo de [SPA].

Se recabó que más de la mitad de las consultas fueron realizadas por adultos jóvenes, seguido de adultos maduros, adolescentes o menores de 18 años y por último adultos mayores.

En cuanto al sexo, predominaron las consultas de los varones, quienes produjeron más consultas a medida que aumentaba la edad o grupo etario.

Estos datos coinciden con los datos nacionales sobre el consumo, al momento del trabajo de campo, mostrando que el uso de [SPA] atraviesa todas las franjas etarias, transformándose en un problema para la sociedad en conjunto. Quizás como un alerta en la problemática sea que consultaron adolescentes, lo que implica que el consumo es cada vez es más precoz.

Toda la información lograda sobre el perfil sociodemográfico de los usuarios, son aportes, que actualizados, podrían permitir ampliar el conocimiento sobre las características que tienen quienes consultan por esta problemática y poder pensar

acciones desde lo preventivo y / o terapéutico, teniendo presente que estos resultados son solo una muestra de la población

También se recabaron datos acerca de la procedencia o distrito de la ciudad provenía, y en la muestra por hospital se confirmó que los usuarios consultaron con el hospital cabecera del Distrito en el cual se encontraban, lo que sugiere que la población conoce y utiliza el servicio de atención más próximo a donde se produce el evento. La organización en red mejora el acceso al sistema reduce la fragmentación de la atención con y responde mejor a las necesidades y expectativas de las personas.

Sin embargo, para los enfermeros entrevistados, esa Red está fragmentada al interior del sistema de salud municipal y provincial lo que incide en su tarea y en la posibilidad de la referencia y contra referencia de los usuarios que allí consultan.

Con respecto a las **características de las consultas por [SPA]**, durante 2008, en todos los meses se produjeron consultas, y en relación a las semanas se incrementaban durante el fin de semana. Analizando la muestra por hospital, solo en dos de ellos coincide con esta tendencia y en el tercero hay una mínima diferencia a favor de las consultas durante la semana (51% vs 48%).

En línea con el mayor ingreso los fines de semana surgió, al considerar los turnos de trabajo de enfermería, que el horario en que recibieron más consultas fue durante la noche [00-0:59 horas] y en el turno vespertino [18- 24 horas]. Esto también se registró en la muestra por hospitales, donde el mayor ingreso fue durante el fin de semana a excepción del [HRSP] donde ingresaron más durante la semana, pero por una mínima diferencia. Con respecto a la franja horaria, también coincidieron, ya que el rango de mayor cantidad de consultas fue el comprendido entre 18 y 5:59 horas.

Por otra parte los profesionales enfermeros reconocen a ese lugar como con la posibilidad concreta de resolver problemas de índole biológico de urgencias y emergencias, pero no para la atención de usuarios de [SPA] o con otro tipo de crisis subjetivas.

Como otra información, la mayoría de aquellos usuarios que habían consultado y llegado al Servicio de Guardia por sus propios medios se retiraron con el alta, con o sin una cita posterior con el equipo de Salud Mental, datos coincidentes en la muestra según hospital.

Cuando el consumo producía síntomas que no les permitía ir por sí mismo a la consulta, fueron llevados, en mayor proporción, por familiares y amigos más cercanos, y debieron quedar, como destino en la internación transitoria.

Esta situación de permanencia en internación transitoria, por la complejidad de algunos cuadros, también tensionaba y agregaban mayor esfuerzos al personal de enfermería, según fue lo expresado en las entrevistas, acompañado que por ausencia del equipo de salud mental

Por último se recolectaron datos que conformaron **el patrón de consumo** de los usuarios que consultaron en los Servicios de Guardia. Las sustancias más consumidas fueron el alcohol, la cocaína y los sedantes o hipnóticos, tanto en la muestra grupal como por hospital. Se identifica que dos de las sustancias son consideradas legales, no tiene consecuencias legales su consumo pero constituyen no solo un problema en el plano singular del sujeto que los consume, en el plano particular, su entorno familiar, amigos, su trabajo, sino yendo a un plano general, el consumo y sus complicaciones son un problema de salud y de políticas públicas en salud.

El alcohol fue la sustancia más consumida por los hombres seguida de la cocaína, y en las mujeres los sedantes o hipnóticos seguido de alcohol, patrón identificado en la muestra grupal y por hospital.

Según grupo etario, sólo el alcohol estuvo presente en todos los grupos, también, en todos los rangos etarios alcanzó la frecuencia mayor, a excepción de los jóvenes en el que fue la cocaína.

En las tres sustancias, ingresaron usuarios en mayor proporción, por sus propios medios, con diferencias en relación al destino de esas consultas. Solo los consumidores

de cocaína se retiraron con mayor frecuencia de alta. Aquellos que habían consultado por consumo de sedantes y traídos por su entorno, debieron ser internados en observación, al igual que los ingresados por consumo de alcohol.

Los usuarios que hicieron un consumo intencional, es decir que lo usaron para sentir sus efectos y en consecuencia actuar, fueron alrededor del [83%] de la muestra.

El resto de los consumidores [17%] realizaron la ingesta de las sustancias con la intención de autointoxicarse para quitarse la vida. Las más utilizadas fueron los sedantes o hipnóticos y la mezcla de distintas sustancias. Los hombres jóvenes fueron los que más hicieron consumo para quitarse la vida y las mujeres dentro de la adultez madura. En la adolescencia tanto hombres como mujeres, en proporciones similares realizaron ese intento.

De allí que el uso de de las drogas, tanto el consumo intencional como la autointoxicación se tienen que analizar bajo los distintos modelos explicativos del consumo. Así el énfasis para el inicio y continuidad del consumo se tendrá que buscar en la personalidad, en la búsqueda de nuevas sensaciones o por inseguridad acompañado de una baja autoestima; en las relaciones con su familia, amigos, relaciones disfuncionales con sus parejas, entre otras. También por las situaciones que se originan en el medio social cercano, relacionados con el contexto macrosocial que incluye variables económicas y políticas.

Como otra información según el 4to. carácter de la [CIE-X], tanto en la muestra grupal como por hospital, el cuadro clínico que generó más consultas fue la intoxicación aguda, luego el síndrome de abstinencia y por último el síndrome de dependencia. El alcohol, sustancia legal, fue la que generó la mayor cantidad de de estos dos últimos síndromes

Se reconoció, a partir del 5to. carácter, que identifica la evolución de los cuadros, que las intoxicaciones agudas con alcohol en mayor proporción evolucionaron con el agregado de otras complicaciones médicas, al igual que los intoxicados con cocaína. En

cambio los consumidores de sedantes, en mayor frecuencia evolucionaron sin otras complicaciones, a pesar de que la mayoría tuvo que quedar en internación transitoria.

El síndrome de abstinencia por alcohol evolucionó sin otras complicaciones clínicas y solo en un bajo porcentaje se presentaron convulsiones. Este cuadro en el total de los consumidores de cocaína y marihuana también evolucionaron sin complicaciones.

El síndrome de dependencia al alcohol fue la sustancia en la que más se presentó, luego en los consumidores de sedantes y por último los de cocaína. Su evolución según el 5to carácter indicaba que todavía estaban haciendo consumo actual de la sustancia.

Estos dos cuadros clínicos dan la pauta de un uso prolongado en el tiempo, tiempos estos en que las sustancias son consideradas “un bien de consumo” que se incorporan a la vida de las personas para facilitarles la vida y poder sobrellevar la complejidad de la vida en esta sociedad.

Para reconocer el **concepto que tienen los profesionales enfermeros de los Servicios de Guardia sobre el usuario de sustancias psicoactivas**, se recurrió a la identificación de las [RS] que tenían estos profesionales sobre el usuario y también sobre la problemática de las drogas.

Éstas revelaron que tienen una carga discriminativa y estigmatizante que no se relacionan con la disciplina, la formación de grado y que son independientes de su capacitación en el “problema drogas”. Reconocieron al usuario como enfermo, particularmente enfermo mental, y que al usar y/o abusar de las sustancias, se convierte en un sujeto que no adhiere a normas sociales, constituyéndose en “peligroso” ya que se desvía de la normalidad.

Surgió la asociación del usuario de sustancias con la ilegalidad y la delincuencia y consideraron como necesario el encarcelamiento del usuario para su disciplinamiento. La construcción de estas [RS] los llevó a relacionar todo lo que envuelve y rodea al usuario y a sus actos de consumo con el aumento de la inseguridad y hechos de delincuencia en

la ciudad de Rosario. Consecuentemente consideraron terapéuticas alineadas con la medicalización del problema o su judicialización.

Por otra parte adhirieron al paradigma abstencionista o prohibicionista vigente en la mayoría de los espacios de la Salud Pública, municipal, provincial y hasta nacional para el momento del trabajo de campo. Reconocieron como única modalidad la suspensión o erradicación del consumo para el “después” de la situación aguda que atraviesa cualquier usuario de sustancias.

Se materializaron contradicciones entre el pensar, el decir con el hacer de los profesionales enfermeros, quienes ante las políticas públicas de tolerancia cero hacia los consumidores y de criminalización de la figura de la posesión de sustancias para uso personal antepusieron el “deber ser profesional” y no se acogieron a la obligatoriedad de la denuncia cuando se trataba de usuarios con consumo de drogas ilegales.

La circulación por el tejido social de opiniones e imágenes repetidas de connivencia en distintos niveles del poder policial con el narcotráfico y los narcotraficantes parecería haber tenido, entre otros elementos, mayor efecto que la normativa de denuncia al consumidor. Además, el contexto, durante el trabajo de campo, mostraba actores sociales ubicados dentro de un mismo espacio político a nivel nacional (Frente para la Victoria) que expresaban posturas encontradas, posicionándose en distintos modelos explicativos del fenómeno de las drogas.

El carácter discriminativo de las [RS] hizo que la mirada crítica, ética y moral de los profesionales recayera sólo sobre los usuarios, quedando invisibilizados todos los otros actores que participan en la cadena del consumo, traficantes, productores y *dealers*.

Se reconocieron las diferencias y contradicciones en las formas de pensar la génesis de la situación de consumo problemático. Algunos señalaron que la personalidad del adicto y su relación disfuncional con grupos primarios de pertenencia, la familia, los pares (denominada dimensión microsocial en este estudio) son predictores de la

iniciación del sujeto en el camino de la drogadicción, su mantenimiento y recaída. Otros consideraron la construcción social de la problemática, que remite al usuario como una víctima de su contexto, sometido a variables socioculturales y económicas negativas, (o dimensión macrosocial para este trabajo). Por eso consideraron que las desigualdades sociales crean sujetos vulnerables que adhieren al consumo de sustancias, donde el tipo y modo de consumo está determinado por la pertenencia a las distintas clases sociales existentes.

Visualizaron que el consumo de sustancias psicoactivas, si bien predomina en un grupo etario, el de los jóvenes, atraviesa a todas las edades. En la dimensión singular, circunscribieron el consumo problemático de drogas en los jóvenes, en cuanto al sexo fueron más citados los varones, pero con la percepción de que día a día aumentaba el consumo de sustancias legales como los psicofármacos y el alcohol en las mujeres.

En relación a **la perspectiva sobre el cuidado que les brindan a los usuarios de sustancias psicoactivas**, consideraron que el cuidado es propio del ser humano y como enfermeros lo tienen que llevar a cabo en cualquier circunstancia, urgidos por el deber ser profesional. En ese sentido no reconocieron que la atención a los usuarios de drogas sea un proceso de cuidado diferente, pero señalaron elementos que dejaron entrever que en la práctica del cuidado efectivamente lo son.

Las [RS] estigmatizantes y discriminativas tensan su quehacer profesional ya que si bien relataron que despojan al sujeto de atención de connotaciones negativas para cumplir el mandato profesional y operar como enfermeros, en la práctica no lo logran efectivamente. Lo identificaron como enfermo, enfermo mental, delincuente, que los descalifica socialmente, y favorece la realización de intervenciones encuadradas dentro de un modelo biomédico. Aquí se iguala la drogadependencia a cualquier otra problemática de salud y enfermedad para poder desarrollar el rol, predominantemente técnico y con débil involucramiento subjetivo.

También asociaron la excitación, producto del consumo, con los actos violentos de los usuarios, reforzado por el accionar del entorno, familiares o amigos, que les genera un ámbito laboral de inseguridad expresada en agresiones personales y destrozos.

Reconocieron que los problemas de estos usuarios, por las dimensiones sociales que incluyen y por la complejidad que presentan, son cada vez más difíciles de resolver. Expresaron que existen situaciones en la tarea donde no pueden dejar de involucrarse como sujetos. Su propia historia les marca un modo de desarrollo del rol profesional que, en ocasiones, se distancia del modelo de cuidado propuesto en los espacios de formación.

Registraron la fragmentación entre el cuidado real que brindan y el cuidado ideal impulsado por las Escuelas donde se realiza la formación profesional de enfermería. Por un lado, identificaron la necesidad de un cuidado integral, holístico, como eje de la profesión, pero por otro, el campo real los lleva a la mecanización de la actividad, la invisibilización del sujeto, el desarrollo de prácticas rutinarias y la satisfacción de necesidades fundamentalmente terapéuticas, emanadas de otra profesión. Consideraron de mucho valor las herramientas para brindar el cuidado que la formación les ha brindado, pero el modelo de atención imperante en los servicios, los fuerzan, día a día, al desarrollo, casi exclusivo, de prácticas rutinarias y dependientes. Encontraron que existe dificultad para el despliegue del rol autónomo, donde su habilidad para relacionarse y comunicarse es fundamental. Los obstáculos que marcaron fueron las condiciones de trabajo y las relaciones con otras profesiones

Adhirieron a que el Servicio de Guardia, en un hospital de mediana complejidad, es una de las puertas de entrada al Sistema de Salud, pero contradictoriamente le asignaron la capacidad de resolución de patologías de urgencia y/o emergencia solo de índole biomédica, dejando por fuera las situaciones de crisis subjetivas, como las que generan el consumo de sustancias [SPA].

Sobre **los obstáculos que reconocen en la atención que brindan** surgió la fragmentación del Sistema de Salud de la ciudad que, si bien desde un punto de vista

retórico se sostiene que está organizado en Red, en la práctica no se evidencia como tal a pesar de los esfuerzos desde los distintos niveles de gestión. Las formas de atender la problemática de las drogas, la ausencia de dispositivos en la Red o por lo menos que funcionen en red y a través de la Red, los desbordaba a todos y generaba respuestas artesanales algunas sostenidas como equipo, otras solamente por el colectivo enfermero.

Además la fragmentación les imposibilita que la referencia y contra-referencia sea una herramienta concreta de coordinación entre los Servicios de dependencia municipal, entre sí y también con los de dependencia provincial.

La naturaleza propia del trabajo enfermero, subsumida por las exigencias de la organización del Servicio de Guardia y las indefiniciones en la organización de los Servicios de Salud, los transforma en actores sociales impotentes frente a la complejidad del problema, sostenidos solo por sus competencias fundadas en la comunicación y la vinculación con aquellos a quienes asistían.

El modo de organización del equipo de Salud Mental que cumplía horarios recortados durante el día, en algunos efectores, hasta las 13 horas y en otros se extendía hasta las 17 horas. También reconocieron que los días de atención resultaban insuficientes y recortados, ya que era de lunes a viernes. La mayoría de las consultas por consumo de [SPA] se producía durante el fin de semana, en horarios alejados como el vespertino y nocturno, donde no estaba el equipo de Salud Mental. Esto obligaba a la permanencia de los usuarios hasta lunes siguiente ya que debían ser referenciados a ese servicio previo a su egreso. El sostenerlos durante todo el fin de semana, generaba mayor carga física, psíquica y mental de los enfermeros durante el turno y limitaba sus posibilidades de desempeño del rol profesional.

Como valorizan el trabajo en equipo, su exclusión de las intervenciones que llevaban a cabo otras disciplinas, como medicina y psicología con los usuarios consumidores de sustancias, fue considerada una fractura al interior del propio equipo.

Consideran que la complejidad de la problemática implica un trabajo con todos los integrantes del equipo que se desempeña en el servicio.

Desde los niveles asistenciales y de gestión de los servicios, surgió claro el reclamo de modos de trabajo realmente en equipo y con apoyo intersectorial desde la Red para la atención de usuarios de drogas.

También identificaron como obstáculo, las condiciones de trabajo de los médicos que conformaban el *staff* de los Servicios, donde sobresalía la falta de orientación y/o supervisión que consideraban necesaria para la atención de estos usuarios. Esta limitación en la práctica los fuerza a dar respuestas poco efectivas y ante la conducta de los usuarios se generaban tensiones innecesarias en las relaciones con el resto de los trabajadores del turno.

Otro fueron las distintas posiciones frente a la nueva Ley de Salud Mental de los integrantes de los equipos de salud ante el ingreso de usuarios para realizar las deshabituciones en estos hospitales. Esas posiciones generaron, al interior de los servicios y de los equipos, acciones expulsivas por rechazo o por inacción, eventos que conflictuaron y perturbaron las relaciones con los usuarios y entre los profesionales del propio Servicio.

También la planta física y, con un menor impacto, los recursos materiales obligaban a los profesionales a buscar soluciones artesanales frente al ingreso de los usuarios por consumo de drogas, ya que espacial, estructural y organizativamente el Servicio de Guardia solo hace lugar a pacientes con problemas orgánicos.

Reconocieron que el cuidado del usuario de [SPA] era una carga emocional agregada a las exigencias propias de cualquier turno de trabajo, ya que el mismo usuario, objeto del trabajo de enfermería, los familiares y los grupos de pares y amigos, con sus características demandantes, impactaba en las distintas dimensiones de los enfermeros e incluso en la relación con el resto de los profesionales.

La organización del trabajo de Enfermería, con una presencia obligatoria las 24 horas del día, durante todo el año los coloca en la primera línea de contención, transformándose en agentes de trincheras del equipo de salud. En ese lugar hay una relación, un contacto cuerpo a cuerpo y en soledad, con el dolor, el sufrimiento, la violencia, la agresión y la misma muerte.

Fue identificada como otro obstáculo la formación recibida en la carrera de grado, independientemente de la institución donde la cursaron, ya que les ofreció contenidos mínimos y algunos desactualizados. Señalaron que la mayoría de esos contenidos estaban atomizados en asignaturas complementarias a las troncales del cuidado enfermero, tal como Psicología, y que además no tuvieron una práctica concreta de aplicación. De allí que sintieron que están obligados a capacitarse en el propio Servicio para poder brindar el cuidado.

Dentro de **las fortalezas que reconocen para brindar la atención a los usuarios de sustancias psicoactivas**, los enfermeros consideraron que podían tomar decisiones inherentes al “deber ser” profesional a pesar de la complejidad que implica el cuidado de estas personas. Fue apreciada la autonomía que en su práctica pueden desarrollar, a pesar de los obstáculos que reconocen, pero la utilización de la comunicación, la escucha reflexiva, el acompañamiento y su propio “cuerpo” y personalidad son herramientas que le agregan valor al cuidado que brindan y que es cualificado por los propios usuarios y en parte por el equipo de trabajo. Pueden establecer un vínculo terapéutico, como forma de comunicación interpersonal con los usuarios, que los diferencia del resto de los profesionales. También generan un “ida y vuelta”, alivio, relajación, seguridad y, en ocasiones, motivación para las distintas terapéuticas que debían afrontar.

A pesar de la exclusión que sienten en algunas intervenciones por parte del equipo, se consideraron con capacidad para el trabajo en conjunto reconociendo que solo

entre las profesiones del campo de salud mental, mancomunadamente, pueden afrontar la complejidad del cuidado de los usuarios de [SPA].

Si bien estiman que ese cuidado se debe lograr en interdisciplina, valoraron que la profesión tiene las capacidades para el despliegue efectivo del rol autónomo en la práctica laboral, donde puede priorizar lo propio de la disciplina.

VI - 2 - PROPUESTAS O RECOMENDACIONES

Junto con las propuestas presentadas por la investigadora, se despliegan en algunos tópicos las voces de los entrevistados que hicieron aportes sumamente valiosos durante el transcurso del trabajo de campo.

VII - 2.1 - Propuestas en relación a la Práctica

Los entrevistados:

"Acá en la institución, yo pediría cursos de capacitación en el tema... lo que pasa es que, los que tenemos dos trabajos, no podemos concurrir, y la mayoría de los cursos se hacen a la mañana" (M)

"Tendría que haber cambios (...) yo por ejemplo me estuve preparando en unas charlas para tratar al paciente con HIV, ya que a veces a nosotros nos toca entregarles los resultados... y cuando son positivos..." (D)

La investigadora:

Para la Gestión de los Departamentos de Enfermería

Los intereses y demandas se centran en aspectos profesionales, en torno a la apropiación de contenidos y recursos que garanticen el desarrollo del rol, pero atravesados por las condiciones de precarización laboral que los lleva al doble empleo.

En los tiempos que corren la formación de los profesionales en ciencias de la salud impone mecanismos más ágiles y accesibles, acompañados por las nuevas tecnologías, dado que la producción de conocimiento es cada vez más acelerado (Rovere & Abramzon, 2005)

Si bien el espacio grupal, cara a cara es irremplazable como forma de ejercitar el rol en equipo, puede ser, otra posibilidad, que parte de estos procesos de capacitación se realicen a través de las nuevas tecnologías de información y comunicación [TICs]. Los espacios digitales existen y su apropiación sólo se podría dar a partir de convenios con otras instituciones del país y/ o universidades locales. La utilización de las [TICs], como

toda competencia en el campo de la informática, debe incluir, previo a la iniciación de la educación permanente la capacitación en el uso de la herramienta virtual.

Los entrevistados:

"Nosotros siempre lo que pedimos es un especialista para consultar, porque mucho no se sabe qué hacer... de todos modos se lo deriva, siempre se lo deriva, porque nosotros en la Guardia no hay mucho que hacer... no tenemos psiquiatras o un psicólogo que nos pueda aportar "(K)

"Nosotros queremos encuentros con ellos para saber cómo tratarlos, para saber qué hacer"(S)

"Yo lo que quisiera es que pudiéramos tener un psicólogo, un toxicólogo, que te diga qué se puede hacer y si lo que estamos haciendo, lo estamos haciendo bien" (K)

"Yo quisiera que los psiquiatras y los psicólogos estén con nosotros, que vengan a ver a los pacientes... yo sé que cuando están más excitados hay que medicarlos y no pueden hablar... pero que estén" (NA)

La investigadora:

Para los niveles de Gestión de los Servicios/de las Instituciones

El trabajo enfermero es sumamente reflexivo ya que se toman decisiones, en el marco ético de la profesión, articulando saberes que provienen de la formación general profesional y de la experiencia laboral y social que tiene cada uno.

El contexto donde se realizó esta investigación está organizado según una lógica de equipos de referencia con apoyo especializado, todo en pos de un proyecto terapéutico, según cada sujeto. (Sousa Campos, 1998).

De allí que se tendría que considerar al trabajo en interdisciplinariedad, como un eje o directriz. Un punto de apoyo para la mejora del trabajo conjunto podría ser reflexionar en todos los niveles de la institución y entre las distintas profesiones haciendo visible la necesidad de comunicación. Así, una de las formas de disminuir los conflictos y las diferencias sería el desarrollo de sesiones de trabajo en torno a proyectos terapéuticos, para que todos los profesionales participen en la toma de decisión, situación que podría ser replicada, respetando la singularidad del sujeto, en otros casos que se presenten en el futuro.

Los entrevistados:

"Extendería las horas de atención de psicología y psiquiatría, porque estos pacientes vienen pasado las 18 horas y ya no se puede pedir el Servicio de Salud Mental" (N)

"Sería necesaria una Guardia pasiva de Psicología, para no tener a los pacientes "encerrados" todo el fin de semana hasta que el lunes lo vea Salud Mental. (AN)

"Creo que sería bueno que hubiera una Guardia pasiva los sábados, para que hablen con los pacientes... y con nosotros". (L)

"Yo pondría aunque sea una guardia de Psiquiatría y Psicología las 24 horas, aunque no estén en el hospital, que estén al llamado". (S, HA)

"Yo pienso que lo ideal sería tener un servicio de Psicología, de Salud Mental de Guardia, o un grupo de psicólogos en la guardia" (T)

La investigadora:

Para la Gestión de la Red de los Servicios de Salud

Se hace necesario el desarrollo de estudios acerca de las necesidades de recursos humanos, en particular, relacionados con Salud Mental. Desde la Dirección de Salud Mental del Gobierno de Santa Fe, en el momento del trabajo de campo, se habían establecido lineamientos de trabajo que proponían ampliar la base de sustentación de las redes, evaluando los recursos con los que se contaba para las intervenciones en adicciones y potenciando la articulación de las prácticas. La propuesta de equipos matriciales de apoyo en Salud Mental durante los fines de semana fue una iniciativa de transición que no tuvo los resultados esperados.

La información cuantitativa surgida de la investigación pudo caracterizar cuántos, cuándo y quiénes llegaban a los servicios por consulta de uso o abuso de sustancias psicoactivas que, que salvando el tiempo transcurrido, podría ser tomado como un elemento más de aproximación a la demanda para los equipos de trabajo y los niveles de decisión.

Los entrevistados:

"Yo creo que tendría que haber protocolos para atender a estos pacientes... yo presenté un protocolo pero ¿qué pasó? Creo que mi jefa lo elevó al Departamento de Enfermería... y lo están analizando..." (V)

La investigadora:**Para la Gestión de los Servicios de Salud**

Los profesionales identificaron la necesidad de guías de atención y protocolos para la actuación con estos usuarios. En los últimos meses de 2010, la Dirección de Salud Mental de la Municipalidad de Rosario, anunciaba encuentros con actores estatales específicamente de las guardias hospitalarias (provinciales y municipales) e instituciones civiles a fin de lograr las primeras normativas al respecto. Sin embargo al momento de entrevistar a los profesionales enfermeros, mencionaban que dichas normativas no estaban implementadas aún. Esto produjo que, desde el propio nivel asistencial, redactaran algunos protocolos para el cuidado a fin de ponerlos en ejecución.

Como trabajadores reclamaban algunas pautas para brindar el cuidado ya que las guías de atención permiten estandarizar las intervenciones. Son una herramienta fundamental para garantizar la prestación de un cuidado seguro y de calidad, ya que optimiza las actividades y mejora la utilización del tiempo y de los recursos.

Si bien se coincide con esta necesidad se reconoce que al ser instrumentos con lineamientos técnicos para brindar un tipo de atención sería aconsejable que los involucrados en el proceso de trabajo participen en su elaboración, estableciendo también en forma consensuada las pautas de puesta en funcionamiento, monitoreo y evaluación periódica.

Los entrevistados

"Necesitamos también un ambiente diferente, para poder contenerlos, para poder hablar con tranquilidad de todo eso, la guardia no es el lugar adecuado" (T)

La investigadora:**Para la Gestión de la Red de los Servicios de Salud**

La expresión resume el sentir de los entrevistados, donde se ponen en el lugar del usuario de sustancias, de la familia o amigos que concurren al Servicio de Guardia en búsqueda de ayuda.

Frente a la capacidad de conectarse, comprender lo que les está sucediendo, vincularse con el otro, surge la limitación del lugar donde se desarrolla el contacto.

A pesar de todo, se hacen cargo, aceptando el desafío, pero ese estrés constante en la tarea puede producir frustración, insatisfacción desgaste emocional, aun dejando en claro que no todas las personas reaccionan de la misma manera ante una situación. (Napione Bergé, 2008).

Las condiciones laborales atraviesan la dimensión singular de los trabajadores, pero también se extiende al trabajo en equipo, ya que son generadoras de conflictos interprofesionales e interpersonales mellando la calidad del trabajo.

La propuesta es doble: hacia los responsables de los Servicios para la búsqueda de mejoras del ámbito laboral y hacia la propia disciplina para seguir investigando y produciendo evidencias de cómo inciden estas cuestiones en el producto que brinda Enfermería, que es el cuidado.

Los entrevistados

"Me interesaría que el hospital pueda brindar un cuidado diario, porque el hospital de noche, es una cosa, lo típico, vienen, lo apoyan en ese momento y ya está...sobre todo en la guardia que es algo que el paciente viene y va". (C)

"Sería mejor que hubiera un sistema que pudiera tratarlos pero cuando todavía puedan tener solución, que sean tratamientos como corresponden. La gente que viene tiene recaídas bastantes seguidas... y tendría que buscarse un sistema diferente de contención". (NA)

"Creo que se habla tanto de la APS, pero para mí no funciona y todos vienen a caer aquí a la Guardia... se tendría que ver qué pasa con los Centros de Salud, más ahora con todos los psicólogos que han incorporados" (S)

"Creo que lo primero que habría que cambiar es Atención Primaria de la Salud, aplicarla estrictamente, y también los que dirigen la política tendrían que cambiar" (M)

La investigadora

Para la Gestión de la Red de los Servicios de Salud

Los actores cuestionan los dispositivos que existen en la Red, ponen blanco sobre negro y reconocen que no se tienen lineamientos claros respecto a una política en relación a esta problemática.

Esa debilidad y el escaso compromiso político repercuten en los Centros de Salud pensados como puerta de ingreso al sistema, pero que no pueden resolver completamente la complejidad de las situaciones.

En el hospital, en el servicio de Guardia, los casos son muchos y las herramientas asistenciales son escasas. Los recursos humanos, particularmente en Salud Mental se reconocen en déficit, a pesar de los anuncios políticos sobre nuevas incorporaciones.

La ausencia de lugares donde se puedan derivar a los usuarios para su tratamiento, torna aun más crítico el problema. Desde los servicios municipales se terceriza en distintas [ONGs], con escaso control e injerencia frente a las modalidades o tratamientos que implementan.

Se hace necesario entonces la clarificación de la política en la temática con la asignación de partidas presupuestarias que permitan mejorar los dispositivos en el territorio, en los Centros de Salud y en los Hospitales

El fenómeno de las drogas está instalado en la realidad local, nacional e internacional, fenómeno con el que hay que aprender a convivir, pero también aprender a pedir, exigir, controlar para que las decisiones políticas que se tomen sean coherentes con la realidad que se vive.

Otras propuestas de la investigadora

El trabajo buscó conocer el significado y las representaciones de los profesionales sobre estos usuarios, y se posicionó con gran fuerza en el centro de la escena, el objeto de la profesión que es el cuidado enfermero, las fortalezas y los obstáculos en su desarrollo.

Se propone compartir la información encontrada para el debate y reflexión de futuros profesionales de la enfermería en las cátedras donde se desempeña la tesista, u otras asignaturas de la carrera, que hacen al cuidado enfermero en ámbitos similares a los que fueron contexto de esta investigación.

Se considera de relevancia instalar el debate al interior de los equipos de Enfermería para desestigmatizar al usuario, reflexionar y revisar las prácticas y los sentidos que se le asignan a los consumos problemáticos de sustancias. Una forma puede ser la instalación de espacios de encuentros para compartir y problematizar la información con colegas docentes, asistenciales, de gestión a través de un nucleamiento como es el Colegio que matricula y habilita a los enfermeros a trabajar en las instituciones del sur de la Provincia de Santa Fe que incluye a Rosario.

En relación a los conflictos que genera la atención de los adictos al interior y con el conjunto de otros profesionales que se encuentran en los servicios de guardia, se deben instaurar procesos donde la comunicación y la aceptación del trabajo del otro sea el eje.

Estos procesos son largos en el tiempo, ya que deben comenzar en la formación de profesionales con otras capacidades, con apertura al dialogo y capacidad para asumir la atención de los usuarios en general. (Sousa Campos, 1998)

De allí que esto no solo interpela a la práctica asistencial y de gestión, sino también a las instituciones de formación de futuros profesionales de salud, que durante ese proceso deberían desarrollar intervenciones desde un trabajo en equipo interprofesional.

Además se reconoce que la conformación de los equipos requiere de un tiempo de trabajo grupal donde no solo se analizan las decisiones o proyecto terapéuticos, sino los marcos teóricos, en este caso, respecto a la droga, a los usuarios y clarificación de los paradigmas que guían la intervención de unos y otros, así como las posiciones personales y metodologías de trabajo.

VII - 2.2 - Propuestas en relación a la Formación

Los entrevistados:

"Para mí se necesitan más horas de práctica en terreno, porque nosotros en segundo año, trabajamos alcoholismo, adicciones, intento de suicidio, pero todo en trabajos prácticos. Me parece que a eso hay que agregar algo más en la práctica, digo, abordarlo concretamente, de otra manera" (LI)

"Tendríamos que salir de la Escuela con más formación sobre la temática... Mirá que yo creo que hace tres años atrás, era distinto, no eran patologías tan comunes" (K)

"Tendría que haber más contenido específicamente sobre estos pacientes, un poco más sobre el tratamiento de estos pacientes... yo insistiría un poco más sobre eso" (L)

"La escuela tendría que cambiar (nombra una Escuela), allí te bajan una línea, pero cuando uno llega aquí, la realidad es diferente, y todo está en que uno trate de respetar esas líneas, o no". (D)

La investigadora

A autoridades de instituciones formadoras de recursos humanos en Enfermería

A las autoridades de instituciones de salud que son campos de formación

Los discursos pusieron en debate una situación que data desde los inicios de la etapa profesional de Enfermería y sobre la que se viene trabajando: la integración entre la docencia y la asistencia. Las expresiones dieron cuenta de la fragmentación entre los formadores y la práctica enfermera.

En este sentido, surge la pregunta: ¿quién de los dos, el servicio o la academia es la Enfermería? ¿Donde se aprehende la profesión? (Vílchez Barboza & Sanhueza Alvarado, 2011).

Es un interrogante que atraviesa foros, cátedras, estudiantes, profesionales, departamentos de Enfermería, textos y que aún parece no tener una respuesta.

Para el Pregrado

El conocimiento profesional se aprende en el campo práctico, y todo lo que se desarrolla en el aula solo adquiere un sentido cuando se lo utiliza en la realidad concreta.

La práctica actual se presenta compleja pero es allí donde los estudiantes, problematizándola, se capacitan, se forman, e intentan encontrar las respuestas pertinentes para cada situación que se les presenta.

El desarrollo de la simulación -o de entornos de simulación- para el pregrado es otra forma de poder recrear la práctica, contribuyendo a lograr destrezas, incluso para la valoración y la entrevista al sujeto de atención, que permiten otra inserción de los estudiantes y / o recientes graduados en el campo profesional. La rigidez por parte de los docentes, muchas veces va en desmedro de la inserción de los estudiantes en el campo, campos que no logran dar las respuestas que las instituciones formadoras requieren.

En esta línea, se visualiza la necesidad de convenios interinstitucionales para la selección de campos (uno/dos) hospitalarios y comunitarios, que serían los “campos enseñantes”, cuya finalidad sea lograr escenarios reales que puedan funcionar como modelos para la formación de los recursos humanos de Enfermería, en grado y posgrado.

También sería de gran valor la firma de convenios con universidades u organismos que posean unidades de simulación, para desarrollar las competencias en el cuidado de estos usuarios, la tensión que surge en el campo real.

Si estos convenios funcionan se podrían garantizar periódicamente espacios de capacitación para trabajadores de la docencia y asistencia, con énfasis en la intervención en crisis subjetivas, ya sean individuales o colectivas.

Delinear y mantener canales fluidos de comunicación e intercambio entre los profesionales que forman y aquellos que realizan la praxis enfermera, también se constituye como una necesidad para que, entre ambos, se logre mostrar qué es Enfermería, qué es lo que hace y qué es lo que sabe para reforzar la autonomía y la identidad profesional.

Los entrevistados:

"Tendría que haber una especialización en esto, ya que cada día va en aumento el problema y los pacientes también" (V)

"Yo sé que es una utopía, pero a mí me gustaría que trabajáramos más en Red que tuviéramos más capacitación, ir formándose, porque día a día van cambiando las edades, las sustancias, y uno no sabe nada" (S)

La investigadora:

Posgrado

Las especializaciones son espacios de formación que aún no están desarrollados en la ciudad de Rosario: se reconoce la necesidad de integrar grupos de profesionales que junto con el Colegio de Profesionales (tanto del Sur como del Norte de la Provincia) puedan vehiculizar las mismas.

La Resolución 199/2011 del Ministerio de Salud de la Nación aprobó el listado de especialización para los licenciados en Enfermería, donde figura Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría, y donde una unidad de abordaje podría ser el cuidado enfermero a estos usuarios. (Ministerio de Salud , Presidencia de la Nación, 2011)

Cabe señalar que a través de las especializaciones, se puede fortalecer la práctica e ir perfilando el modelo de cuidado posible, integral y humanizado. Los campos comunitarios y hospitalarios que se habiliten como campos modelos para el grado, tienen que ser los mismos donde los licenciados en Enfermería que se estén especializando puedan desarrollar sus prácticas y donde los trabajos de campo sean abono para el mejoramiento de la atención que allí se ofrece.

VI – 3 - LÍNEAS QUE SE ABREN AL FINALIZAR LA INVESTIGACIÓN

Las últimas páginas de un trabajo llevan necesariamente a realizar una mirada retrospectiva de lo elaborado. Desde ese lugar se visualizan algunos tópicos o líneas que a futuro se podrían desarrollar.

Resulta perentorio, frente a los cambios y nuevos sentidos que han surgido en la ciudad y en el país en relación a la problemática de las drogas continuar, en futuros trabajos de investigación, continuar indagando sobre las representaciones sociales, no solo del colectivo enfermero, sino de todo equipo, ya que todo profesional, cualquiera sea su campo o disciplina, produce y reproduce un sistema de representaciones que se actualizan en cada intervención práctica que realizan.

Por ejemplo, se podría replicar la fase cualitativa de este estudio en el equipo que trabaja en las salas de los hospitales de mediana complejidad de la Red Municipal y Provincial de Salud involucrados en el proceso de deshabitación o desintoxicación de los usuarios de droga. También, en ese sentido, despejar si las representaciones sociales que construyen los profesionales enfermeros generan patrones de interacción y conductas diferenciadas respecto del fenómeno en estudio, según el rol asistencial o de gestión que desempeñan.

Se considera esencial para el avance de la profesión, priorizar como línea de investigación los trabajos que coloquen en el centro, al cuidado enfermero y su despliegue en relación a problemas prevalentes que involucren a la profesión. Al profundizar sobre el cuidado enfermero a sujetos con uso o abuso de sustancias, se pueden lograr herramientas para la construcción de un modelo en el cuidado de las personas que consumen [SPA].

Para la producción de guías de atención o protocolos de cuidado, se proponen procesos de investigación-acción, en forma mancomunada, docentes y profesionales de los servicios en los contextos reales donde transcurre el cuidado y donde se insertan los estudiantes durante su formación.

También se reconoce a la temática como articuladora de proyectos de profesionales y estudiantes de las tres carreras de grado de la Facultad de Ciencias Médicas, tanto de Extensión, dentro de la Secretaría de Extensión Universitaria, como de Investigación dentro de la Secretaría de Ciencia y Tecnología, tendientes a producir encuentros entre los integrantes del futuro equipo de trabajo en salud.

Esta investigación aportó sobre las condiciones y medio ambiente de trabajo de los profesionales enfermeros, y si bien hay mucha producción sobre el tema, es necesario con los hallazgos en mano, llegar a niveles de decisión y a los gremios para que se hagan efectivas algunas mejoras.

Es medular socializar la información lograda para la reflexión, análisis y futura acción, tanto en ámbitos de formación como en ámbitos asistenciales donde se desarrolla el cuidado enfermero a sujetos con uso problemático de las drogas. Los discursos logrados pueden resultar valiosos insumos para debatir sobre los modos en que los profesionales enfermeros piensan, hablan y actúan en torno a este fenómeno que son las drogas.

El “envejecimiento” de la información cuantitativa requiere imperiosamente una actualización para tener una aproximación más acorde a los tiempos que corren sobre la demanda de atención por parte de usuarios de drogas, en los hospitales que fueron contexto de esta investigación. Sin embargo es una base sobre la cual se pueden hacer futuros estudios para caracterizar y comparar el perfil sociodemográficos de los usuarios que llegan a un Servicio de Guardia por consumo de [SPA], las características de las consultas así como el patrón de consumo de dichas sustancias.

Por otra parte continuar investigando el uso de la [CIE-X] en el campo disciplinar, como un elemento más para identificar problemas y probables complicaciones o evolución en vista a la construcción de diagnósticos enfermeros sistematizados y sus correspondientes cuidados o intervenciones enfermeras.

BIBLIOGRAFÍA

Abonizio, M. (2004). *Actos de Significado: la problemática de las Adicciones en el ámbito de la Secretaria de Salud Pública Municipal: una mirada desde la perspectiva de los profesionales de los servicios de salud*. Rosario: Doctorado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario.

Abonizio, M. (2008). *Antropología y Salud: Drogas, Políticas, Servicios y Prácticas en Salud*. Rosario: DelRevés Soluciones Gráficas.

Abonizio, M. (20 de Mayo de 2009). Despenalización del Consumo de Drogas: sigue la polémica. *Uno El Diario de Hoy On line* .

Abonizio, M., Balparda, L., Benegas, L., Corallo, L., Gómez, M., González, A., y otros. (2000). Epidemiología de las Adicciones. *Boletín de Epidemiología de la Secretaria De Salud Pública, Municipalidad de Rosario* , 38-45.

Agencia Federal de Noticias. (25 de Junio de 2009). Ante las Drogas La Iglesia debería preguntarse en qué puede ayudar. *La Nacion On Line* .

Aguilar, M. P., & Cristar, F. (2014). ¿Qué deberíamos saber sobre los Efectos Cardiovasculares de la Marihuana? *Revista Uruguaya de Cardiología* , 32-36.

Alberoni, J. D., & Gutierrez. (Julio-Agosto 1998). La teoría de las representaciones sociales y sus implicaciones metodologicas en el ámbito psicosocial. *Psiquiatría Pública. Vol. 10. Núm. 4.* , 211-219.

Alfonso Perez, I. (2007). *La Teoría de las Representaciones Sociales*. Obtenido de Plataforma de Formación Virtual, Valencia, España: <http://www.psicologia-online.com>

Ander-Egg, E. (1982). La Recopilación Documental. En E. Ander- Egg, *Técnicas de Investigación Social* (págs. 211-223). Buenos Aires: Humanitas.

Arizaga, M. C., Quiña, G., Pistani, M. R., & Ruiz, V. (Febrero de 2007). *El Consumo Indebido de Medicamentos Psicotrópicos en la Vida Cotidiana. Un estudio sobre representaciones sociales y patrones de uso*. Obtenido de Observatorio de Drogas [SEDRONAR]: www.observatorio.gov.ar

Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (1992). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Cuarta Revisión [DSM-IV]*. Obtenido de <http://www.psych.org>

Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería de la República Argentina (AEUERA). (2014). *Documento de Estándares*. Buenos Aires: AEUERA.

Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería [Nanda]. (2012). *Diagnósticos Enfermeros Probables en Usuarios con Consumo de Drogas*. Recuperado el 27 de Febrero de 2014, de Sitio Oficial de Nanda Internacional Inc (NANDA-I): <http://www.nanda.org>

Ballerini, A. M., Ballistreri, M. C., Garnica, L. G., & Vitola, D. T. (2007). *Consumo de Alcohol en la Comunidad ¿problema de todos?* Rosario: V Congreso Argentino de Emergencias Médico Quirúrgicas.

Ballistreri, M. (2012). Algunas Reflexiones sobre la Formación docente para las Actividades Prácticas en la carrera Licenciatura en Enfermería (FCM). *I Congreso latinoamericano de Formación Docente de la Facultad de Ciencias Médicas (UNR)*. Rosario: Facultad de Ciencias Médicas.

Ballistreri, M. C., & Barbarich, M. A. (2000). *Gestión del Cuidado en el Marco de la Integración Docente Asistencial en Enfermería*. Rosario: Dirección de Enfermería, Secretaria de Salud Pública, Municipalidad de Rosario y la Escuela de Enfermería de la FCM, Universidad Nacional de Rosario.

Ballistreri, M. C., & Corradi-Webster, C. (2006). *El uso de bebidas energizantes en estudiantes de educación física*. . Ribeirao Preto, Brasil: Tesis de Especialización en Investigación sobre el Fenómeno de la Droga, Universidad de San Pablo.

Ballistreri, M. (2010). *Porqué volver al Proceso Enfermero ¿o nunca nos alejamos? (Conferencia)*. Rosario: Instituto Cardiovascular Rosario.

Ballistreri, M., & Rossi, C. (2013). Cohesión en el Equipo Interdisciplinario de las Unidades de Cuidados Críticos. *Revista VEA (Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina)* , 17-21.

Ballistreri, M., & Rossi, C. (2012). *Taller de Capacitación para Jefe de Trabajos Prácticos*. Rosario: Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario.

Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. (2010). Factores Psicológicos en las Adicciones. En E. Becoña Iglesias, & M. Cortés Tomás, *Manual de Adicciones para Psicólogos*

Especialistas en Psicología Clínica en Formación (págs. 45-59). Valencia, España: Socidrogalcohol (Barcelona, España).

Belmartino, S., Bloch, C., Luppi, I., De Quinteros, Z., & Troncoso, M. D. (1990). Mercado de Trabajo y Médicos de reciente Graduación. *Publicación Nº14- Centro de Estudios Sanitarios y Sociales de la Asociación Médica de Rosario* , 1-65.

Bialakowsky, A., & Cattani, H. (2001). Conflicto de Paradigmas. *Encrucijadas* .

Bobes García, J., & Saíz Martínez, P. (s.f.). *Drogas de Uso Recreativo. Alucinógenos*. Obtenido de NeoDiagnostica- Laboratorio de Genética y Toxicología Forense, Barcelona, España: <http://www.neodiagnostica.es>

Bourdieu, P. (1997). *Razones Prácticas. Sobre la Teoría de la Acción*. Barcelona: Anagrama.

Brehil, J. (1990). La salud – enfermedad como hecho social: un nuevo enfoque. Deterioro de la vida: un instrumento para el análisis de prioridades regionales en lo social. Quito, Ecuador: Corporación Editorial Nacional.

Buchele, F., Michelle, M., & Rabelo, D. r. (Abril-Junio 2004). Dependencia Química y Prevención de la Recaída. *Texto & Contexto Enfermagem* , 226-240.

Cabachink, S., Cattani, H., Giannettasio, G., & Gorbacz, S. (25 de Agosto de 2008). *VI Conferencia Nacional sobre Políticas en Drogas. Legislación Nacional sobre Drogas: una revisión necesaria*. Obtenido de Sitio Oficial de Intercambios Asociación Civil: www.intercambios.org.ar

Campos, G. W. (1998). *Equipos Matriciales de Referencia y Apoyo Especializados: un ensayo sobre la reorganización del trabajo en salud*. Campinas, San Pablo, Brasil: Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Ciencias Médicas. UNICAMP.

Cano Ramirez, A. (2006). *Universidad de las Palmas de Gran Canaria, España*. Recuperado el 28 de Febrero de 2015, de www2.ulpgc.es

Cappiello, M. Á., & Paradiso, J. C. (2003). Gestión de la Salud. Principios orientadores puestos en acción en un contexto. Construcción de Salud según sus Protagonistas. Principios orientadores. Ejes de Gestión. . En M. d. Secretaria de Salud Pública, *Gestión*

de la Salud. Principios orientadores puestos en acción en un contexto. Construcción de Salud según sus Protagonistas. (págs. 10-36). Rosario: UNR Editora.

Carty, J. L. (2000). Aspectos Psicosociales de los Cuidados Intensivos. En J. G. Alspach, *Cuidados Intensivos de Enfermería en el Adulto* (págs. 803-67). México: McGraw-Hill Interamericana.

Castaño, G. (2009). *Programa Intersectorial de Asistencia y Acompañamiento en el Uso Abusivo de Sustancias Psicoactiva*. Santa Fe: Direccion de Salud Mental, Gobierno de Santa Fe.

Castellanos, P. L. (1988). Sobre el concepto de Salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiológico. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* , 40-55.

Cavalieri, B. (2008). *Discursos y prácticas sobre la drogodependencia: saberes de los profesionales de salud y usuarios en una institución de rehabilitacion de la ciudad de Rosario*. Rosario: Facultad de Humanidades, Artes y Letras de la Universidad Nacional de Rosario.

Celis Murillo, J. E. (1 de Junio de 2012). *Universidad Tecnológica de Pereira, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina de Pereira*. Recuperado el 23 de Febrero de 2014, de <http://www.repositorio.utp.edu.co>

Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas [CEBRID]. (2005). *Centro de Informações sobre Saúde e Álcool [CISA]*. Obtenido de II Encuesta Domiciliaria sobre el Uso de Drogas Psicotrópicas en Brasil: www.cisa.org.br

Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas [CEBRID]. (2001). *Centro de Informações sobre Saúde e Álcool [CISA]*. Obtenido de I Encuesta Domiciliaria sobre el Uso de Drogas Psicotrópicas en Brasil.: www.cisa.org.br

Centro Privado de Salud Mental [PSICOMED]. (1994). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades [CIE-X]*. Recuperado el 22 de Marzo de 2015, de www.psicomed.net

Chervo, M. A. (2007). *Introducción. Prevención de las Adicciones: contenidos curriculares de pre grado*. . Rosario: UNR Editora, Colección Académica.

Chervo, M. A. (12 de junio de 2012). *Formación Específicas en la Formación de Grado*. Rosario.

Chervo, M. A., & Ferronato, M. (2006). Producciones sobre Adicciones en Argentina. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario- Nº 21 (1) ,* 55-58.

Chervo, M. A., Arzani, E. M., & Muñoz, N. (2006). Procesos Comunicacionales de Enfermería y su impacto en la Toma de Decisiones. *Técnica Administrativa @Journal .*

Colegio de Profesionales en Enfermería del Sur de la Provincia de Santa Fe. (1999). *Sitio Web Oficial del Colegio de Profesionales en Enfermería del Sur de la Provincia de Santa Fe.* Recuperado el 25 de Febrero de 2014, de <http://www.colegiodeenfermeros.org.ar>

Colegio Profesional de Enfermeria de Ciudad Real, España. (2010). *Diagnóstico de Enfermería.* Recuperado el 31 de Marzo de 2015, de Colegio Profesional de Enfermeria de Ciudad Real, España: www.enfermeriadeciudadreal.es

Comisión Global de Políticas en Drogas [CGPD]. (Junio de 2011). . *Guerra a las Drogas. Informe de la Comisión Global de Políticas de Drogas.* Obtenido de Sitio Oficial de la Comisión Global de Políticas en Drogas [CGPD].: www.globalcommissionondrugs.org

Congreso de la Nación Argentina. (19 de Noviembre de 2009). *Infoleg (Información Legislativa).* Recuperado el 17 de Febrero de 2014, de <http://www.infoleg.gov.ar/>

Consejo General, Organización Colegial de Enfermería. (2007). *Estudio Sobre las Agresiones a la Profesión Enfermera.* Madrid, España: Organización Colegial de Enfermería.

Corda, A. (2007). *La Construcción Social del Problema Drogas. Legislación en Materia de Drogas.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA): Intercambios Asociación Civil.

Corte Suprema de la Nación. (25 de agosto de 2009). *Recurso de Hecho .Arriola Sebastian y otros. Causa Nº 9080, Buenos Aires.* Obtenido de Sitio Oficial: www.csjn.gov.ar/

Cortés Gabaudan, F. (2013). *Diccionario Médico, Biológico, Histórico y Etimológico.* Recuperado el 22 de Marzo de 2015, de Ediciones Universidad de Salamanca: <http://dicciomed.eusal.es/palabra/droga>

Cuñarro, M. (5 de Julio de 2011). *9º Conferencia Nacional sobre Políticas en Drogas. Drogas, Control y Seguridad.* Obtenido de Sitio Oficial de Intercambios Asociación Civil: www.intercambios.org.ar

Cuñarro, M. (7 de Agosto de 2009). *Reformas Legislativas en América Latina. VII Conferencia Nacional sobre Políticas en Drogas y I Conferencia Latinoamericana de Políticas de Drogas en Argentina*. Obtenido de Sitio Oficial de Intercambios Asociación Civil: www.intercambios.org.ar

Cuñarro, M., & Martínez, S. M. (4 de Octubre de 2010). *Conferencia Inaugural. VIII Conferencia Nacional sobre Políticas en Drogas. Hacia una Reforma Integral en la Legislación Sobre Drogas*. Obtenido de Sitio Oficial Intercambios Asociación Civil: www.intercambios.org.ar

De Carvalho, A. I., & Marchiori Buss, P. (2008). Determinantes Sociales de la Salud, la Enfermedad e Intervenciones. En J. L. Giovanella, S. Escorel, L. Lobato, & J. C. Noronha, *Políticas y Sistema de Salud de Brasil* (págs. 141-166). Rio de Janeiro: Fiocruz.

De Olivera, C., & De Vargas, D. (2012). Representações Sociais dos Enfermeiros de Hospital Geral Diante. *Cogitare Enfermagem* , 452-7.

De Vargas, D., & Villar Luis, M. A. (2008). Alcohol, alcoholismo y alcohólico: concepciones y actitudes de enfermeros de servicios públicos de atención básica de la salud. *Revista Latinoamericana de Enfermagem* .

Deacon, B. (2010). *Guía de Capacitación de Trabajo en Equipo Interdisciplinario, Coordinación y Continuidad de Cuidados en las Personas Adultas Mayores Rurales*. Lima: Asociación Pro Vida Peru.

Declaración De Roma, Documento de los Magistrados Latinos sobre la Política Pública en Drogas y Derechos Humanos. (01 de Junio de 2011). *Sitio Oficial de Intercambios Asociación Civil*. Obtenido de <http://www.intercambios.org.ar>

Dejours, C. (1992). *Trabajo y Desgaste Mental*. Buenos Aires: Humanitas.

Del Carlo, C. A. (2011). *Abordaje del uso de Drogas en los Centros de Atención Primaria de la Municipalidad de Rosario: estudio cualicuantitativo de Prácticas y Obstáculos*. Rosario: Comisión Nacional Salud Investiga- Ministerio de Salud- Presidencia de la Nación.

Del Olmo, R. (1997). *Dialnet, Hemeroteca Virtual Multidisciplinaria, Universidad de La Rioja, España*. Recuperado el 24 de Febrero de 2014, de <http://dialnet.unirioja.es>

Di Nella, Y. (5 de Julio de 2011). *9º Conferencia Nacional sobre Políticas en Drogas. Aportes para pensar los dispositivos de atención de personas que usan drogas*. Obtenido de Sitio Oficial de Intercambios Asociación Civil: www.intercambios.org.ar

Diario El Ciudadano. (19 de Diciembre de 2014). Aportes de la Provincia en la Salud Pública. *El Ciudadano Diario Digital* .

Diario La Capital, Rosario. (12 de Enero de 2009). Alcohol: más consultas los fines de semana. *La Capital, Sección La Ciudad* .

Diario La Voz, Córdoba. (9 de Junio de 2009). Tribunales del Interior a favor de la despenalización de la tenencia de drogas. *La Voz de Córdoba On Line* .

Dirección de Enfermería, Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario. (1996). *Facebook de la Dirección de Enfermería de la Secretaria de Salud Pública, Municipalidad de Rosario*. Recuperado el 28 de Marzo de 2015, de <https://www.facebook.com/pages/Dirección-de-Enfermería-Secretaría-de-Salud-Pública-Rosario/>

Dirección de Salud Mental del Gobierno de Santa Fe. (7 de marzo de 2009). *Programa Provincial Intersectorial de Asistencia y Acompañamiento en el Uso Abusivo de Sustancias Psicoactivas*.

Dirección de Salud Mental, Ministerio de Salud y Desarrollo. (16 de Mayo de 2009). Recuperado el 16 de Enero de 2014, de Sitio Oficial del Gobierno de Santa Fe: www.santafe-gob-ar/Noticias

Dirección de Salud Mental, Municipalidad de Rosario. (s.f.). *Programa de Prevención y Asistencia de las Adicciones*. Recuperado el 26 de Enero de 2011, de Sitio Oficial de la Municipalidad Rosario: www.rosario.gov.ar

Duran de Villalobos, M. M. (19 de Junio de 2014). Sustentos Epistemológicos del Cuidado Enfermero (Video Conferencia). Rosario, Santa Fe, Argentina.

Edwards, G. (2004). *Alcohol: su ambigua seducción social*. México: Trilhas.

Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas (UNR). (2013). *Plan de Estudios para la Carrera Licenciatura En Enfermería*. Rosario: Escuela de Enfermería, FCM,UNR.

Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. (1992). *Plan de Estudios de la Carrera Licenciatura en Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario*. Rosario: Consejo Superior Universidad Nacional de Rosario.

Escuela Enfermería, FCM,UNR. (2014). *Herramientas Psicológicas para el Quehacer Enfermero*. Rosario.

Espinoza, L. (2012). *Condiciones Laborales y Desarrollo Profesional según la Perspectiva de los Licenciados en Enfermería Graduados en la Unidad Docente Asistencial de Santa Fe (UDAE)*. Rosario: Escuela de Graduados, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario.

Estruch, R. (2001). *Miocardopatía Alcohólica*. Obtenido de Revista Clínica Española: <http://www.revclinesp.es>

Facultad de Ciencias Médicas de la UNR, Cátedra de Clínica Médica. (2011). Recuperado el 23 de Junio de 2014, de www.clinica-unr.com.ar

Facultad de Ciencias Médicas. Plan de Estudios Carrera de Medicina. (2001). Recuperado el 3 de Marzo de 2014, de <http://fcm.unr.edu.ar>

Fassi, D., & Abdala, M. (2005). Los Currículos de Pre Grado de Enfermería. *La Contribución de las Escuelas de Enfermería en el Campo del Fenómeno de las Drogas en América Latina: un proceso de construcción liderado por la CICAD/OEA*, 24-35.

Federación Iberoamericana de Enfermería en Urgencias y Emergencias [IBAMEUE]. (2007). *Ultima Revisión sobre el Perfil Profesional de la Enfermería de Urgencias, Emergencias y Catástrofes*. Mexico: Federación Iberoamericana de Enfermería en Urgencias y Emergencias.

Fernández, A., & Touzé, G. (5 de Julio de 2011). *Conferencia Inaugural de la 9º Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas*. Obtenido de Sitio Oficial de Intercambios Asociación Civil: www.intercambios.org.ar

Fernández, A., Touzé, G., & Zaffaroni, E. (6 de Agosto de 2009). *Conferencia Inagural de la VII Conferencia Nacional Sobre Políticas en Drogas y I Conferencia Latinoamericana de Políticas en Drogas*. Obtenido de Sitio Oficial Intercambios Asociación Civil: www.intercambios.org.ar

Ferrandini, D. (2003). En E. Taboada, *Construcción de Salud según sus protagonistas .Principios Orientadores. Ejes de Gestión*. Rosario: UNR Editora.

Ferrandini, D. (2004). *Adscripción de ciudadanos al sistema de salud pública municipal a través de equipos de referencia*. Rosario: Dirección General de Servicios de salud. Secretaria de Salud Pública Municipalidad de Rosario.

Ferrandini, D. (7 de Agosto de 2009). *La Atención Integral al Usuario de Drogas, VII Conferencia Nacional sobre Políticas en Drogas y I Conferencia Latinoamericana de Políticas de Drogas en Argentina*. Obtenido de Sitio Oficial de Intercambios Asociación Civil: www.intercambios.org.ar

Ferreira de Campos, D. C., & García Do Nascimento Graveto, J. M. (Novembro-Dezembro de 2009). *Revista Latino-Americana de Enfermagem- On line*. Recuperado el 15 de Febrero de 2015, de www.eerp.usp.br/rlae

Ferreira Fueregato, A. R. (2010). Sintetizando los resultados de los estudios sobre el fenómeno de las drogas. *Revista Latinoamericana de Enfermagem* , 485-486.

Fleitas, M. (2013). Salud –enfermedad. Sujeto y cultura. La ciencia y su contexto. *Seminario de Formación Docente: El proceso salud-enfermedad-atención* . Rosario, Santa Fe, Argentina: Escuela de Enfermería - FCM-UNR.

Fortino, A. (2003). *Proceso de Trabajo, Proceso de Salud -Enfermedad y Componentes Sociofamiliares del Personal Femenino Operativo de una Institución Privada de Atención Pediátrica de la ciudad de Rosario*. Rosario: Escuela de Graduados, Facultad de Ciencias Médicas.

Frana, S. (11 de Marzo de 2011). *Proyecto de Comunicación, Cámara de Diputados de la Provincia de Santa Fe*. Obtenido de <http://www.silvinafrana.com.ar>

Gabilondo Pujol, A. (s.f.). *El Pais- Revista Digital para Latinoamérica*. Recuperado el 11 de marzo de 2015, de <http://blogs.elpais.com/>

Gaudina, V. (2007). *Prevención de Adicciones en el Ámbito Laboral*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Psicológicas y Pedagógicas: Universidad del Museo Social Argentino.

Gil Villa, F., & Antón Prieto, J. I. (2000). *Historia oral y Desviación*. Salamanca, España: Ediciones Universidad de Salamanca.

Girolami, R. (2 de Diciembre de 2013). *Estudios sobre Consumo de Drogas en Embarazadas y Recién Nacidos*. Recuperado el 23 de Marzo de 2015, de Argentina Investiga: Divulgación y Noticias Universitarias: <http://argentinainvestiga.edu.ar>

Gobierno de la Provincia de Santa Fe. (2011). *Información Institucional de la Red de Asistencia del Abuso de Drogas*. Obtenido de Portal del Gobierno de Santa Fe: www.santafe.gov.ar

Gobierno de la Provincia de Santa Fe. (2008). *Portal de la Provincia de Santa Fe*. Recuperado el 15 de enero de 2014, de www.santafe.gob.ar

Gobierno de Santa Fe Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2009). *Programa Provincial Intersectorial para la Asistencia del Uso Abusivo de Sustancias Psicoactivas*. Santa Fe: Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Gobierno de Santa Fe. (2012). *Reglamentación de la Ley 12.501*. Santa Fe: Boletín Oficial- Decreto 2810/2012.

González Calleja, F., García-Señorán, M. M., & González González, S. G. (2000). Consumo de Drogas en la Adolescencia. *Psicothema* , 257-269.

González Gil, T., & Cano Arana, A. (2010). Introducción al Análisis de Datos de Investigaciones Cualitativas: tipos de análisis y procesos de codificación (II). *Revista Científica de Enfermería- Nure Investigación- Nº 45- Marzo-Abril* , 1-10.

Goodman, & Gilman. (1991). *Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Grigoravicius, M. (2004). Una perspectiva histórica social para la comprensión del "problema drogas". *Memorias de las XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. (págs. 52-54). Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA.

Guber, R. (2004). *El Salvaje Metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Paidós.

Gutierrez Alberoni, J. D. (Julio-Agosto 1998). La teoría de las representaciones sociales y sus implicaciones metodológicas en el ámbito psicosocial. *Psiquiatría Pública. Vol. 10. Núm. 4.* , 211-219.

Henao Henao, S. (2010). *Representaciones Sociales del Consumo de Drogas y de las Intervenciones Respectivas en un contexto local: Universidad de Antioquia en Medellín, Colombia*. Medellín, Colombia: Editorial de la Universidad de Granada.

Herrera Arce, A., Betolaza López de Gámiz, E., Murúa Navarro, F., Martínez, H., & Jimenez Lerma, J. M. (2003). Enfermería en adicciones: El modelo teórico de H. Peplau a través de los patrones funcionales de M. Gordon. A propósito de un caso práctico. *Trastornos Adictivos- Elsevier España* .

Honorable Congreso de la Nación. (25 de Agosto de 2014). *Ministerio de Salud*. Recuperado el 10 de Marzo de 2015, de www.msal.gov.ar/salud

Horrac, J. B., Dissipo, S., García, M. I., Occhi, M. J., & Vadurro, S. (2010). Percepción sobre las condiciones y medioambiente de trabajo, su impacto sobre la salud y la prevención en enfermería. El caso de tres hospitales provinciales interzonales del gran La Plata. En M. d. Trabajo, *Las Condiciones de Trabajo en la Provincia de Buenos Aires* (págs. 181-258). Buenos Aires : Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires.

Howard, P. (Noviembre de 2012). *Drogas Antidepresivas*. Obtenido de Revista sobre Dolor: <http://www.dolorypaliativos.org/art48.asp>

Hügel, C. R. (1993). *Asociación de Reducción de Daños Argentina*. Recuperado el 21 de julio de 2013, de "La política de drogas y el paradigma de enfermedad": <http://arda.iwarp.com/art26.htm>

Inchaurraga, S. (2004). *Centro de Medios Independientes de Colombia*-. Recuperado el 2011, de Reducción de Daños en Usuarios de Drogas en Latinoamérica: difícil, posible y necesario.: Disponible en <http://colombia.indymedia.org>

Inchaurraga, S. (1998). *Cuestiones Teóricas y Clínicas acerca de la abstinencia. Drogodependencia: reflexiones sobre el sujeto y la cultura*. Rosario, Argentina: Editorial Homo Sapiens.

Infobae. (6 de noviembre de 2014). *Uruguay confirma que la venta de marihuana legal empezará en "diciembre o enero"*. Obtenido de <http://www.infobae.com>

Intercambios Asociación Civil. (julio de 2009). *Argentina: continúa abierto el debate sobre la despenalización*. Obtenido de Intercambios Asociación Civil, Boletín Digital N° 23: www.intercambios.org.ar

Intercambios Asociación Civil. (2012). *Tres Definiciones sobre Reducción de Daños*. Buenos Aires, Argentina: Intercambios Asociación Civil.

Jelsma, M. (7 de Agosto de 2009). *Panorama Internacional de Reformas de Políticas de Drogas: apertura y desafíos para el futuro. VII Conferencia Nacional sobre Políticas en Drogas y I Conferencia Latinoamericana de Políticas de Drogas en Argentina*. Obtenido de Sitio Oficial Intercambios Asociación Civil: www.intercambios.org.ar

Jodelet, D. (1986). La Representación Social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici, *Psicología Social II*. Barcelona: Editorial Paidós.

Kornblit, A. L., & Veron, E. (1989). La construcción social del problema. Los medios de comunicación y las drogas. *Nueva Visión*, 45-57.

Kornblit, A. L., Camarotti, A. C., & Di Leo, F. (2010). *La construcción social de la problemática de las drogas*. Buenos Aires: Ministerio de Educación, Presidencia de la Nación.

Kornblit, A. L., Camarotti, A. C., & Di Leo, P. F. (2011). *Prevención del Consumo Problemático de las Drogas- Módulo 1- La Construcción Social del Problema Droga*. Recuperado el 21 de Julio de 2013, de Ministerio de Educación- Presidencia de la Nación: <http://infanciayjuventudsc.files.wordpress.com>

Kron, T. (1985). *Liderazgo y Administración En Enfermería*. México: Interamericana.

La Capital, Edición On Line. (12 de Enero de 2009). Recuperado el 2014 de Febrero de 2014, de <http://www.lacapital.com.ar>

Lacolla, L. (Julio-Diciembre de 2005). *Revista Red: Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa [en línea]*. Vol.1, No.3. *Representaciones sociales: una manera de entender las ideas de nuestros alumnos*. Obtenido de <http://revista.iered>.

Laranjeira, R. (. (2004). *Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento*. Sao Paulo, Brasil: Conselho Regional de Medicina do Estado de Sao Paulo (CREMESP) Association.

Legislatura de la Provincia de Santa Fe. (19 de Diciembre de 2005). *Ley del Ejercicio de la Enfermería*. Recuperado el 16 de Febrero de 2015, de Colegio de Profesionales En Enfermería del Sur de la Provincia de Santa Fe: www.colegiodeenfermeros.org.ar

Llopis Llacer, J. J. (2001). Dependencia, Intoxicación y Síndrome de Abstinencia por Cocaína. *Adicciones* , 147-167.

López Durán, A., & Becoña Iglesias, E. (2006). El Craving en Personas dependientes de la Cocaína. *Anales de Psicología del Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia, España* , 205-211.

Lorenzo Fernández, P., & Lizasoain Henández, I. (2003). *Características farmacológicas de las drogas recreativas (MDMA y otras anfetaminas, Ketamina, GHB, LSD y otros alucinógenos)*. Obtenido de Revista Adicciones Versión On Line: www.adicciones.es

Lorenzo Fernández, P., Ladero, J. M., Leza Cerro, J. C., & Lizasoain Hernández, I. (2004). *Drogodependencia. Farmacología, Patología, Psicología, Legislación*. Madrid: Editora Madrid: Médica Panamericana.

Luque, R., & Villagrán, J. M. (2000). Conceptos de Salud y Enfermedad en Psicopatología. En R. Luque, & J. M. Villagrán, *Psicopatología Descriptiva: nuevas tendencias* (págs. 19-38). Madrid: Trotta.

Machado de Freitas, C. (2003). La Vigilancia de la Salud para la Promoción de la Salud. En D. Czeresnia, & C. Machado de Freitas, *Promoción de la Salud: conceptos, reflexiones, tendencias* (págs. 163-184). Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial S. A.

Makianich, N. (2010). *Taller sobre Subjetividad y Adicciones: un abordaje desde la interdisciplinariedad y un espacio para pensar la práctica enfermera*. Rosario: Direccion de Enfermería, Municipalidad de Rosario.

March, H. (18 de Marzo de 2006). *Consumir Drogas es un tema sanitario mas que un tema delictivo*. Obtenido de Diario El Litoral On Line: www.ellitoral.com

Marriner Tomey, A., & Raile Alligood, M. (2007). *Modelos y Teoría en Enfermería*. Madrid: España.

Medina Moya, J. L. (Abril de 2002). *Práctica Educativa y Práctica de Cuidados Enfermeros desde una Perspectiva Reflexiva*. Recuperado el 28 de Febrero de 2014, de Universidad de Castilla, La Mancha: <https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/>

Menéndez, E. L., & Di Pardo, R. B. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Menéndez, E. (1994). La Enfermedad y la Curación ¿Qué es la Medicina Tradicional". *Alteridades Número 4, Vol 7 , 71-83 .*

Mezzich, J. E., Zapata MI, M. I., & Schwartz, K. (1995). La nueva clasificación internacional de enfermedades y el diagnóstico multiaxial en medicina general. *Rev Med Hered- Perú Lima .*

Micozzi, T., Ballistreri, M., Chervo, M. A., & Ferronato, M. (2006). *Estudio Multicentrico sobre Drogas y Violencia en una muestra intencional de mujeres- Caso Rosario, Argentina*. Rosario, Argentina: Comision Interamericana de Control del Abuso de Drogas [CICAD].

Miguez, H. (1998). *Uso de sustancias psicoactivas. Investigación social y prevención comunitaria*. Buenos Aires: Paidós Tramas Sociales.

Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. (30 de octubre de 2000). *Infoleg- Información Legislativa- Ley de Habeas Data Nº 25326*. Recuperado el 7 de Julio de 2014, de <http://infoleg.gov.ar>

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2009). *Ley 24.778, Ley Nacional de Lucha contra el Alcoholismo (reglamentación)*. Ciudad Autónoma de Buenos aires.

Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos. (29 de Septiembre de 2009). *Anibal Fernández expuso en la Universidad de la Republica, Uruguay*. Obtenido de Sitio Oficial del Ministerio de Justicia: <http://www.jus.gov.ar>

Ministerio de Salud , Presidencia de la Nación. (3 de Marzo de 2011). *Legislación en Salud en Argentina- Resolución 199/2011*. Recuperado el 16 de Julio de 2015, de www.est.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=17387&word=

Ministerio de Salud de la Nación. (13 de marzo de 2009). *Instrumento de Evaluación de Servicios y Establecimientos de Salud*. Obtenido de www.msal.gov.ar

Ministerio de Salud de la Nación, Presidencia de la Nación. (Octubre de 1989). Obtenido de Boletín Oficial, Ley 23737: <http://www.msal.gov.ar>

Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. (22 de Abril de 2010). *Diseño Curricular*. Recuperado el 28 de Febrero de 2014, de https://salud.santafe.gov.ar/tec_enfermeria/documentos/d_curricular.pdf

Ministerio de Salud del Gobierno de Santa Fe. (1993). *Ley 10971, sobre ejercicio profesional de la enfermería*. Santa Fe: Ministerio de Salud del Gobierno de Santa Fe.

Ministerio de Salud y Acción Social. (13 de Noviembre de 1995). *Resolución Ministerial N° 194/95, sobre las Normas de Organización y Funcionamiento del Servicio de Enfermería en Establecimientos Asistenciales. Programa Nacional de Garantía de la Atención Médica*. Obtenido de www.msal.gov.ar

Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, Dirección de Salud Mental y Adicciones. (2 de Diciembre de 2010). *Ley Nacional de Salud Mental N ° 26657*. Obtenido de <http://msal.gov.ar>

Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de Estupefacientes. (Febrero de 2009). *Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Colombia. Resumen Ejecutivo*. Obtenido de <http://www.mij.gov.co>

Mintzberg, H. (1991). *Mintzberg y la Dirección*. Madrid, España: Diaz de Santos, S.A.

Moscovici, S. (1979). *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires, Argentina: Huemul, S. A. .

Mosquera González, J. M., & Galdós Anuncibay, P. (2007). *Farmacología Clínica para Enfermería*. Madrid: McGraw- Hill Interamericana.

Moya García, C., & Bobes García, J. (25 de Junio de 2010). *Una de cada cuatro personas que prueba la heroína desarrolla la adicción*. Obtenido de El Mundo Diario On Line Edición España: www.elmundo.es

Moya García, C., Sánchez Máñez, A., Flores Cid, J., Bobes García, J., Farré, M., & Alvarez Vara, C. (2007). *Informe sobre Alcohol*. Madrid, España: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Municipalidad de Rosario. (2010). *Espacio Oficial del Hospital Intendente Carrasco*. Recuperado el 6 de Febrero de 2012, de <http://www.hospitalcarrasco.org.ar>

Municipalidad de Rosario. (2010). *Información Institucional sobre Hospital Roque Saenz Peña*. Recuperado el 18 de Marzo de 2010, de <http://www.rosario.gov.ar/salud>

Municipalidad de Rosario. (1994). *Sitio Oficial de la Municipalidad de Rosario*. Recuperado el 18 de Junio de 2015, de Ordenanza N° 5.845/1994: www.rosario.gov.ar/mr/normativa/otras-normas/.

Municipalidad de Rosario. (2011). *Sitio Oficial de la Municipalidad de Rosario*. Obtenido de Red de Servicios de Salud: <http://www.rosario.gov>

Muñoz Rivas Rivas, M. J., Cruzado Rodríguez, J. A., & Grana Gómez, J. L. (2008). De drogas en adolescentes de la comunidad autónoma de Madrid . *Revista de la Sociedad Científica Española sobre el estudio del alcohol, alcoholismo y toxicomanías*.

Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [ONUDD] y Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD/OEA]. (2008). *Primer Estudio Comparativo sobre Consumo de Drogas y Factores Asociados en Población de 15 a 64 años*. Lima, Perú: Tetis Graf E.I.R.L.

Naciones Unidas, Oficina contra el Delito y la Droga [UNODC]. (2004). *Naciones Unidas, Oficina contra el Delito y la Droga [UNODC]*. Obtenido de www.unodc.org/documents

Naciones Unidas, Oficina contra el Delito y la Droga [UNODC]. (2010). *Naciones Unidas, Oficina contra el Delito y la Droga [UNODC]*. Obtenido de www.unodc.org/documents

Napione Bergé, M. E. (2008). *¿Cuando se Quema el Profesorado De Secundaria*. Madrid, España: Díaz De Santos Ediciones.

National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2010). *Abuso de Inhalantes. ¿Qué son los Inhalantes?* Obtenido de National Institutes of Health [NIH]: www.nida.nih.gov

Neffa, J. C. (2002). *¿Qué son las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo? Propuesta de una Perspectiva*. Buenos Aires: Hvmanitas.

Nowlis, H. (1982). *Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO]*. Recuperado el 24 de Marzo de 2015, de La Verdad sobre las Drogas: <http://unesdoc.unesco.org>

Nuesch, G. (26 de Agosto de 2008). *Ley 2318 sobre Prevención y Asistencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas y de otras prácticas de riesgo*. Obtenido de Sitio Oficial de Intercambios Asociación Civil: www.intercambios.org

Ochaeta Argueta, R. I. (2005). *Los Desafíos de las Relaciones Internacionales Frente al Fenómeno de las Drogas. La Contribución de las Escuelas de Enfermería en el Campo del Fenómeno de las Drogas en América Latina: un proceso de construcción liderado por la CICAD/OEA*. Lima, Perú: OEA-CICAD.

Oficina Panamericana de la Salud [OPS]. (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud*. Organización Mundial de la Salud [OMS].

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1994). *Glosario de Términos de Alcohol y Drogas (Lexicon of Alcohol and Drug Terms)*. Recuperado el 21 de Febrero de 2014, de Organización Mundial de la Salud en Español- World Health Organization: www.who.int

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). *Cada año fallecen más de 1,2 millones de adolescentes por causas que, en su mayor parte, podrían evitarse*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [OMS].

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1994). *Clasificación Internacional de Enfermedades. Versión 10*. Obtenido de www.who.int

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2000). *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-X- Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *Prevención del Suicidio: un imperativo global*. Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (1998). *CIE-10 Capítulo V: Pautas Diagnósticas y de Actuación ante los Trastornos Mentales en Atención Primaria*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización No Gubernamental, El Abrojo. (s.f.). *El Equilibrista- Tipo y Uso de Drogas*. Recuperado el 28 de Julio de 2013, de <http://www.elabrojo.edu.uy>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2010). *Las Políticas de Drogas y el Bien Público*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud [OPS].

Ortega de Medina, N. M., Osorio Rebolledo, E. A., & Pedrão, L. J. (2004). El significado de drogas para el estudiante de enfermería según el modelo de creencias en salud de Rosenstock. *Revista Latino-Americana de Enfermagem- Marzo-Abril- Número Especial* .

Palhares Guimaraes, E. M., & Antonini Ribeiro Bastos, M. (2007). La Organización del Trabajo en la Salud y en la Enfermería. *Desarrollo de Recursos Humanos en Enfermería (módulo)*. Rosario, Santa Fe, Argentina: Maestría en Administración de Servicios de Enfermería, FCM, Universidad Nacional de Rosario.

Pascual, F., Torres, M., & Calafat, A. (2001). *Monografía Cocaína*. Obtenido de Adicciones Vol.1 Suplemento 2: www.socidrogalcohol.org

Pawlowicz, M. P. (2007). *La Diversidad de Prácticas de Uso de Drogas y La Construcción Social del Problema Droga*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA): Intercambios Asociación Civil.

Pawlowicz, M. P., Rossi, D., Galante, A., Faraone, S., Goltzman, P., Zunino, S. D., y otros. (2006). Las representaciones sociales y los dispositivos de intervención en drogas en ámbitos sanitarios. *Intercambios. Asociación Civil*.

Pawlowicz, M. P., Rossi, D., Galante, A., Faraone, S., Goltzman, P., Zunino, S., y otros. (2006). *Las Representaciones Sociales y los Dispositivos de Intervención en Drogas en Ámbitos Sanitarios*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Intercambios, Asociación Civil.

Pegoraro, J. (2005). *Criminalización y Defensa Social- Conferencia Nacional Sobre Políticas de Drogas (CD)*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA): Intercambios Asociación Civil.

Peralta, F. (3 de Mayo de 2009). *El Consumo de Drogas en los Jóvenes comienza en lo de sus Amigos*. Obtenido de Diario La Capital Edición Impresa: http://www.lacapital.com.ar/ed_impresa/

Pereira de Sa, C. (1993). *Representacoes Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. O conhecimento no cotidiano*. Sao Paulo, Brasil : En: M. J. Spink (org).

Perera Pérez, M. (2000). *A Propósito de las Representaciones Sociales. Apuntes Teóricos, Trayectoria y Actualidad*. Obtenido de Biblioteca Clacso: Biblioteca.clacso.edu.ar

Pérez Gómez, A. (2004). *Protocolo Básico para las Salas de Emergencias*. Washington, USA: CICAD/SIDUC/OEA.

Perich, M. E. (2000). *Federación Argentina de Enfermería [FAE]*. Recuperado el 14 de Julio de 2015, de Liderazgo para el Cambio en la Enfermería Argentina y de América Latina [CIE]: www.facultar.org.ar

Pillon, S. C. (2005). Aspectos de la Atención en el Uso de Drogas: teoría y práctica. *Programa de Capacitación en Investigación sobre el Fenómeno de las Drogas* . Riberão Preto, Brasil: CICAD-OEA.

Pillon, S. C., & Villar Luis, M. A. (2004). Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* .

Pinilla Alarcón, M. (2009). *Guía para el Manejo de Enfermería en Urgencias Psiquiátricas* . Recuperado el 24 de noviembre de 2013, de Ministerio de Seguridad Social: <http://boyaca.gov.co>

Piola, J. C. (2003). *Servicio de Toxicología de Rosario [SERTOX]*. Recuperado el 16 de Marzo de 2015, de Perfiles de Pacientes que realizan Tentativas de Suicidio: <http://www.sertox.com.ar/retel/default.htm>

Portella Ribeiro, J., Pereira Rocha, L., Demutti Pimpao, F., Rutz Porto, a., & Buss Thofern, M. (2012). Implicaciones del Ambiente en el desarrollo del Proceso de Trabajo de Enfermería: una revisión integradora. *Enfermería Global* , 379-387.

Quiroga, A. P. (1984). Operación y Actitud Psicológica. *Clases Primera Escuela Privada de Psicología Social* (págs. 25-48). Buenos Aires: Ediciones Cinco.

Ramírez Elizondo, N., Paravikc Klinj, T., & Valenzuela Suazo, S. (2013). Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería. *Index Enfermería* , 152-155.

Ramírez, M. (2007). *Representaciones Sociales del Rol del Licenciado en Enfermería*. Paraná, Entre Ríos: Maestría en Salud Mental, Facultad de Trabajo Social, Universidad de Entre Ríos.

Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. Recuperado el 15 de Julio de 2013, de Real Academia Española: www.rae.es

Reyes Naverrete, P., & Villar Luis, M. A. (2007). Actitud de la enfermera de un complejo hospitalario en relación al paciente alcohólico. *Revista Latino Americana de Enfermagem, marzo-abril, 12 (número especial)* , 420-426.

Rivero, P. (2010). Jornadas Para Trabajadores de Enfermería . *La Violencia en el Sector de la Salud Pública* (págs. 1-16). Rosario: Dirección de Enfermería de la Municipalidad de Rosario.

Robledo, P. (2008). *Las Anfetaminas*. Obtenido de Revista Sobre Trastornos Adictivos: <http://www.elsevier.es>

Rodríguez-Reyes, Y., & Pérez Padilla, R. (Julio de 2013). *Efectos de la marihuana en el sistema respiratorio*. Recuperado el 23 de Marzo de 2015, de Medigraphic Literatura Biomédica, México: www.medigraphic.org.mx

Romaní, O. (2004). *Las Drogas, Razones y Sueños*. Barcelona, España: Ariel Editores.

Romaní, O. (2008). Políticas de Drogas: prevención, participación y reducción de daños. *Salud Colectiva* , 301-318.

Rovere, M. (1999). *Redes En Salud: Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión).

Rovere, M. (2004). *Una Ciudad Modelo en Salud Pública. La Construcción de una Estrategia. El Diseño de una Gestión*. Obtenido de Experiencia Rosario: <http://www.logos.indp.org/fileadmin/doc s/Experiencia Rosario/Eje Salud.pdf>

Rovere, M. (2003). *Una Ciudad Modelo en Salud Pública: aportes a una gobernabilidad democrática*. Recuperado el 26 de Enero de 2015, de El Agora Asociación Civil Sin Fines de Lucro: www.elagora.org.ar

Rovere, M., & Abramzon, M. (2005). *Recursos Humanos en Salud. Bases para una Agenda Impostergable*. Recuperado el 26 de Febrero de 2015, de Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires, Argentina: www.econ.uba.ar

Sahuquillo, M. R. (23 de enero de 2013). El consumo de somníferos y sedantes supera al del cannabis por primera vez. *El País, Edición Europea* , págs. 1-2.

Sánchez Pardo, L. (2012). *Género y Drogas*. Alicante, España: Diputación de Alicante.

Sánchez, R. (2005). *Análisis de las construcciones discursivas respecto de las drogas, los consumidores y el consumo*. Santiago de Chile: Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, UChile.

Sandin Esteban, M. P. (2000). Criterios de Validez Interna en Investigación Cualitativa: de la objetividad a la solidaridad. *Revista de Investigación Educativa* , 232-242.

Schon, D. (1992). *La Enseñanza del Arte a través de la Reflexión en la Acción*. Barcelona: Editorial Paidós.

Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y el Narcotráfico [SEDRONAR]. (2010). *Cuarta Encuesta Nacional sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población General*. Recuperado el 22 de Julio de 2017, de <http://www.observatorio.gob.ar>

Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y el Narcotráfico [SEDRONAR]. (2009). *Cuarto Estudio Nacional Sobre el Uso Indebido de Drogas y la Consulta de emergencias*. Obtenido de <http://observatorio.gov.ar>

Secretaria de Programación para la Prevención de la Drogadicción y el Narcotráfico [SEDRONAR]. (2007). *Diagnóstico de la Situación del Uso Indebido de Sustancias Psicoactivas- Informe 2007*. Obtenido de Observatorio de Drogas, Argentina: <http://observatorio.gov.ar>

Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y el Narcotráfico [SEDRONAR]. (2000). *Primer Estudio Nacional sobre el Uso Indebido de Drogas y la Consulta de Emergencias, Año 1999*. Recuperado el 30 de abril de 2010, de Observatorio Argentino de Drogas: <http://www.observatorio.gov.ar>

Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y el Narcotráfico [SEDRONAR]. (2005). *Segundo Estudio Nacional Sobre el Uso Indebido de Drogas y la Consulta de emergencias (2005)*. Obtenido de <http://www.observatorio.gov.ar>

Secretaria de Programación para la Prevención de la Drogadicción y el Narcotráfico [SEDRONAR]. (2007). *Tercer Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en la Población General de 12-65 años*. Recuperado el 21 de Julio de 2017

Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y el Narcotráfico [SEDRONAR]. (2007). *Tercer Estudio Nacional Sobre el Uso Indebido de Drogas y la Consulta de emergencias (2007)*. Recuperado el 31 de Enero de 2011, de <http://www.observatorio.gob.ar>

Secretaria de Programación Para la Prevención de la Drogadicción y el Narcotráfico [SEDRONAR], 2010. (2010). *Encuesta Nacional Sobre Consumo en Población General*. Recuperado el 23 de Febrero de 2014, de http://www.observatorio.gov.ar/estudios_consumo_sustancias_psicoactivas.php

Secretaría de Programación Para la Prevención de la Drogadicción y el Narcotráfico en Argentina [SEDRONAR]. (2012). *Información Institucional de la [SEDRONAR]*. Obtenido de Sitio Oficial de la Secretaría de Programación Para la Prevención de la Drogadicción y el Narcotráfico en Argentina [SEDRONAR]: www.sedronar.gob.ar

Secretaria de Programación para la Prevención de la Drogadicción y el Narcotráfico en Argentina[SEDRONAR]. (2005). *Segundo Estudio Nacional por el Uso Indebido de Drogas y la Consulta de Emergencias*. Recuperado el 22 de Julio de 2017, de <http://www.observatorio.gov.ar>

Secretaria de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico [SEDRONAR]. (Febrero de 2007). *El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en la vida cotidiana. Un estudio exploratorio sobre las representaciones sociales y patrones de uso*. Recuperado el 16 de Marzo de 2015, de www.observatorio.gov.ar/investigaciones/MedicVidaCot.pdf

Secretaria para la Programación y la Prevención de la Drogadicción y el Narcotráfico [SEDRONAR]. (2004). *Segundo Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en la Población General de 12-65 años*. Obtenido de Observatorio de Drogas,Argentina: <http://observatorio.gob.ar>

Servicio de Estadística. (2009). *Consultas Totales Servicio de Guardia Hospital Juan B. Alberdi; Intendente Gabriel Carrasco y Roque Saénz Peña*. Rosario: Secretaria de Salud Publica, Municipalidad de Rosario.

Sguassero, Y., Carroli, B., Duarte, M., & Redondo, N. (Enero-Febrero de 2007). *Nuevos estándares de crecimiento de la OMS para niños de 0 a 5 años: su validación clínica en Centros de Salud de Rosario, Argentina*. Recuperado el 17 de Junio de 2015, de Archivos Argentinos de Pediatría: <http://www.scielo.org.ar/>

Silvestre, C. (2011). *Saberes, Dispositivos Asistenciales y Prácticas de los Trabajadores de la Salud Mental respecto de las drogadependencias, en el ámbito de la Salud Pública y Privada de la ciudad de Santa Fe*. Paraná, Entre Ríos: Maestría en Salud Mental, Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de entre Ríos.

Sirvent, M. T. (2006). *Cuadro Comparativo entre Lógicas según Dimensiones del Diseño de Investigación*. Universidad Nacional de Entre Ríos, UNER: Facultad de Trabajo Sociao.

Solé Puig, J. (2003). LSD y Alucinógenos. *Adicciones On Line*- <http://www.pnsd.msc.es> , 179-198.

Sousa Campos, G. W. (1998). *Asociación Latinoamericana de Medicina Social*. Recuperado el 26 de Febrero de 2015, de www.alames.org

Spinelli, H. (2010). Las Dimensiones del Campo de la Salud en Argentina. *Salud Colectiva* , 275-293.

Spricigo J S, A. M. (2004). E o usuario de drogas. Um estudio em Biguacu, Regiao Do Grande Florianópolis, Santa Catarina. *Revista Latinoamericana de Enfermagem (número especial 12)* , 427-432.

Storani Gonçalves Rosa, M., & De Melo Tavares, C. M. (2008). A temática Do Alcool e Outras Drogas. *Revista Escuela de Enfermería Anna Nery* , 549-54.

Tabares, H. (2007). *Sobre Algunos Modelos Socioculturales que interpretan la multicausalidad de la actual situación de consumo de sustancias. Consumidores y drogas: aportes a la prevención y a la clínica desde un enfoque comunitario y psicosocial*. Buenos Aires: Gabas Editorial.

Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a Los Métodos Cualitativos de Investigacion: la búsqueda de significados*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica.

Taylor, S. J., & Bogdan, R. (2000). *Introducción a Los Métodos Cualitativos de Investigacion: la búsqueda de significados*. Barcelona, España: Paidós Básica.

Torres García, L. (Mayo-Junio de 2007). *Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), México*. Recuperado el 23 de Febrero de 2014, de www.conadic.salud.gob.mx/

Touzé, G. (Agosto de 2008). *Conferencia Inagural de la VI Conferencia Nacional sobre Políticas en Drogas*. Obtenido de Sitio Oficial de IntercambiosAsociación Civil: www.intercambios.org.ar

Touzé, G. (2007). *Construcción Social del Problema Droga- Medicalización y Control*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

Touzé, G. (2007). *De Práctica Social a Delito-Enfermedad*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

Touzé, G. (2007). *Estereotipos acerca de las Drogas*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

Touzé, G. (2007). *Paradigmas y Políticas de Drogas*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

Touzé, G., & Goltzman, P. (2007). *Modelos de Intervención*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil : Federación Internacional de Universidades Católicas.

Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente [UNAD]. (2008). *Informe Anual 2007. El Problema de la Drogodependencia en Europa*. Obtenido de Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanía [OEDT]: <http://www.unad.org>

Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente [UNAD]. (2008). *Perfil de las Personas Drogodependientes atendidas en los programas asistenciales de las entidades asociadas*. Obtenido de <http://www.unad.org>

Universidad I Salud Centro de Estudios en Drogadependencia y Sociopatías [CEDROS]. (12 de Abril de 2009). *Encuesta sobre despenalización de las drogas*. Obtenido de Diario La Nación On Line: www.lanacion.com.ar

Vallejos Ruiloba, J. (2006). *Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría*. Madrid, España: Elseiver.

Vasilachis De Gialdino, I. (2003). *Pobres, Pobreza Identidad y Representaciones Sociales*. Buenos Aires: Editorial Gedisa S.A.

Vazquez Acuña, M. E. (6 de abril de 2004). *Asociacion Reduccion de Daños Argentina (A.R.D.A)*. Recuperado el 21 de Julio de 2013, de Uso de Drogas, Ley Penal y los Derechos Humanos.

Vázquez, A. E. (2006). *Discursos y prácticas de profesionales de la salud y su relación con la accesibilidad simbólica de personas que usan drogas a servicios de salud de un hospital estatal del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA, Secretaría de Ciencia y Tecnología.

Velandia Mora, A. L. (1998). *Enfermería Desarrollo Teorico Investigativo*- María Mercedes Duran de Villalobos. *Avances en Enfermeria Vol. XVI N° 1 y 2* , 101-103.

Vergel Rivera, G. M., Tasé Martínez, M. J., & Groning Roque, E. (2009). *Farmacología en el Proceso de Atención de Enfermería*. La Habana: BVS Cuba Libros de Autores Cubanos-Editorial Ciencias Médicas.

Videla, M. (2 de Agosto de 2008). *Blog Personal de Mirta Videla*. Recuperado el 1 de Febrero de 2015, de www.mirtavidela.com.ar

Vieyra, M. (2003). *Proyecto de Gestión para el Departamento de Enfermería del Hospital Intendente Carrasco*. Rosario: Dirección de Enfermería Secretaria de Salud Publica, Municipalidad de Rosario.

Vila, M. E. (2007). *Las Sustancias: aspectos biomédicos*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

Vilaça Mendes, E. (1993). Reorganização das práticas de saúde em distrito sanitário. Distrito sanitário o processo social de mudança das práticas Sanitárias do S.U.S. (Sistema Único de Saúde). *Saúde e Sociedade* , 187-220.

Vílchez Barboza, V., & Sanhueza Alvarado, O. (2011). *Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social de Costa Rica*. Recuperado el 28 de Febrero de 2014, de Sitio Oficial de la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social de Costra Rica: www.binasss.sa.cr

Villar Luis, M. (2005). Aspectos SocioCulturales Relativos al Uso de las Drogas. . En *Programa de Especialización En Investigación Sobre el Fenómeno de las Drogas* (págs. 5-12). Ribeirao Preto, USP, Brasil: CICAD-OEA.

Villar Luis, M. A. (2005). *Aspectos teóricos y rehabilitación: modelos explicativos del uso de drogas*. Riberao Preto, Brasil: CICAD-OEA.

Villar Luis, M. A. (2005). Conceptos Fundamentales en Drogodependencia. En *Programa de Especialización En Investigación Sobre el Fenómeno de las Drogas* (pág. 24). Riberao Preto, San Pablo, Brasil: CICAD, OEA.

Vitolo, F. (29 de Abril de 2014). *Biblioteca Virtual Noble*. Recuperado el 21 de Julio de 2017, de http://www.noble-arp.com/src/img_up/29042014.0.pdf

Vivar, C., Aratzamendi, M., López DiCastillo, O., & Gordo Viver, C. (2010). La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. *Index de Enfermería- Vol. 19, N° 4* .

Wainerman, C., & Geldstein, R. (1990). *Condiciones de Vida y de Trabajo de las Enfermeras en la Argentina*. Buenos Aires: CENEP, Serie Cuadernos del CENEP N° 44.

Wallace, S. (2000). *Representaciones y Prácticas de Profesionales de Salud, Usuarios y ex Usuarios de Drogas Inyectables*. Buenos Aires: Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras , UBA –C y T.

Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1985). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.

Wright, M. G. (2004). El Fenómeno de las Drogas y la Profesión de Enfermería en América Latina. *Texto y Contexto Enfermagem* . *Estudos em uso e abuso de drogas (Abril-Junio) 13 (2)* , 201.

ANEXOS

Anexo I: LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS O DROGAS SEGÚN LA [CIE-X]

Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol (F10)

Si bien a lo largo de la historia, el alcohol fue utilizado como medicamento para prácticamente todas las enfermedades, actualmente se conoce que su valor terapéutico es muy limitado y que su ingestión crónica en cantidades excesivas se torna en un problema individual, familiar y colectivo.

Comúnmente, se considera a las bebidas alcohólicas como estimulantes, pero el etanol es un depresor primario continuo del Sistema Nervioso Central [SNC]. Los efectos del etanol sobre el [SNC] son proporcionales a su contenido en sangre. La estimulación aparente resulta de la depresión de los mecanismos de control inhibitorio del cerebro, al igual que otros depresores del [SNC]:

Los primeros mecanismos que se ven afectados son los que dependen del entrenamiento, la experiencia previa, y que habitualmente indican sobriedad y auto-restricción. La memoria, la concentración y la introspección se opacan y luego se pierden. La persona se hace expansiva, vivaz, con arranques emocionales y temperamentales evidentes. Esos cambios psíquicos están acompañados de trastornos sensoriales y motores.

[...] A medida que la intoxicación avanza, aparece una disminución de la función nerviosa y se instala una situación de anestesia general que finalmente prevalece. (Goodman & Gilman, 1991, pág. 369)

La ingestión excesiva y crónica se asocia con enfermedades neurológicas y mentales, y con síndromes neuropsiquiátricos que se presentan comúnmente en los alcoholistas, como polineuritis, encefalopatía de Wernicke, psicosis de Korsacoff, dados por las deficiencias nutricionales y vitamínicas, déficit en la alimentación o por la falla de la función hepática

La acción en el aparato respiratorio, se manifiesta con estimulación o depresión de la respiración, incluso a partir de una pequeña ingestión de etanol, pero frente a altas concentraciones se produce una depresión profunda del ritmo respiratorio (más de 400 mg/dl)

En relación a la función cardiovascular, los efectos inmediatos de una ingestión moderada no producen variaciones en la tensión arterial, sobre el volumen minuto y sobre la capacidad inotrópica del miocardio. Pero cuando hay una intoxicación alcohólica aguda se puede presentar un compromiso grave en este sistema, a expensas de una depresión respiratoria y por acción vasomotora central:

El consumo crónico y excesivo de alcohol (etanol) tiene un efecto deletéreo sobre el miocardio y da lugar a una miocardiopatía congestiva conocida como miocardiopatía alcohólica. Aunque el alcohol consumido a dosis bajas (20-40 g en los varones y 10-20 g en las mujeres) parece tener un efecto cardio-protector, consumido a dosis altas es, indudablemente, un tóxico para el miocardio. De este modo el consumo crónico de alcohol causa, inicialmente, una disfunción ventricular que puede ser sistólica y/o diastólica (miocardiopatía alcohólica subclínica) y puede inducir en un porcentaje más reducido de pacientes una miocardiopatía congestiva cuyas manifestaciones clínicas y funcionales son muy similares a la miocardiopatía dilatada idiopática (miocardiopatía alcohólica clínica). (Estruch, 2001)

Respecto al efecto cardioprotector, es descrito por Goodman y Gilman (1991) a partir de que pequeñas dosis de etanol, tomadas de manera prolongada, pueden prevenir la isquemia coronaria, ya que este aumenta la concentración de las lipoproteínas de alta densidad y disminuye las de baja densidad (pág. 370)

Por otra parte, aumenta el flujo sanguíneo en piel, provocando sensación de calor y, en algunos casos, con aumento de la sudoración, por lo que la temperatura corporal disminuye. En grandes cantidades, produce depresión del centro termorregulador y en épocas invernales este descenso puede llegar a ser mortal, por ejemplo en las personas en situación de calle.

Las bebidas alcohólicas con altas concentraciones de etanol son irritantes a la mucosa gástrica y provocan hiperemia congestiva e inflamación con una pérdida de proteínas plasmáticas a la luz intestinal. El uso excesivo habitual también puede producir constipación o diarrea, incluso puede ocasionar un íleo de la actividad motora y secretora gastrointestinal. También pueden producirse cuadros de pancreatitis agudas y crónicas, debido al aumento de la secreción pancreática lo que puede terminar en una obstrucción del conducto pancreático (pág. 371)

La degradación metabólica del etanol es esencialmente por oxidación hepática en un 90-98% y un 2-10% puede ser eliminado por vías accesorias como son el riñón y el pulmón.

En cuanto a la farmacocinética del alcohol:

Se absorbe mayoritariamente en el tramo proximal del intestino delgado (más del 80%) y menos en el estómago (hasta un 20%). La velocidad de absorción del alcohol depende de varios factores: es más rápida si se hace en ayunas o con el estómago vacío (concentración máxima a los 30-60 minutos) y más lenta en presencia de alimentos.

[...] La concentración en la bebida también influye, siendo la absorción más veloz cuando tiene una graduación alcohólica del 20-30% en comparación con bebidas del 3-10%. Si se administran bebidas del 40% o más el vaciamiento gástrico disminuye.

[...] Las bebidas alcohólicas que contienen gas carbónico o mezclado con bebidas carbónicas (soda) presentan una absorción más rápida.

[...] El alcohol es una molécula muy hidrosoluble y por ello se distribuye por todo el agua corporal, siendo las concentraciones similares a las de la sangre en la mayoría de tejidos y órganos bien irrigados. [...] Atraviesa las barreras hematoencefálica y placentaria y se excreta en la leche materna (Moya García, Sánchez Máñez, Flores Cid, Bobes García, Farré, & Alvarez Vara, 2007, pág. 47)

Estos mismos autores mencionan que la tasa de alcoholemia se suele expresar generalmente como la cantidad de alcohol puro en gramos por cada litro de sangre [g/l] o bien como miligramos por decilitro de sangre [mg/dl] o tanto por cien [%]. Existe correlación entre las concentraciones de alcohol en sangre y los efectos agudos que produce en el organismo. "El cálculo de la alcoholemia máxima esperable tras consumir bebidas alcohólicas es relativamente sencillo si se considera una ingesta aguda en un estómago vacío (ayunas)" (pág. 50). Aclaran que para realizar el cálculo se utiliza esta fórmula:

Alcoholemia previsible = gramos de alcohol absoluto ingeridos

kg de peso corporal × 0,7 (hombre) o 0,6 (mujer)

"El tiempo necesario para que el alcohol desaparezca del organismo puede calcularse tomando como promedio una eliminación de 0,15 g/l por hora". Se aplica la siguiente fórmula, para conocer el tiempo:

Tiempo (horas) necesario para la eliminación = alcoholemia (g/l) / 0,15 (g/l/h)

También "[...] puede calcularse el tiempo necesario para que la alcoholemia esté por debajo del límite legal de conducción de vehículos (0,5 g/l en conductores de vehículos particulares)". Dicho cálculo se estima con la siguiente fórmula:

Tiempo (horas) = alcoholemia (g/l) – 0,50 (g/l) / 0,15 (g/l/h) (pág. 51)

Se pueden producir interacciones entre el consumo agudo de alcohol y algunos fármacos, entre otros, la isoniacida, paracetamol, fenitoína, anticoagulantes e hipoglucemiantes orales ya que disminuyen las concentraciones plasmáticas, logran menor efecto terapéutico y mayor hepatotoxicidad, en especial para el paracetamol y la isoniacida (pág. 52):

La unión del alcohol con otros depresores del sistema nervioso central, suma o potencia la sedación, y favorece intoxicaciones más graves: con benzodiacepinas, barbitúricos, hipnóticos, opioides, antidepresivos tricíclicos, antihistamínicos H-1; anti- psicóticos

[...] con los fármacos procinéticos (metoclopramida) al aumentar el vaciamiento gástrico, incrementa las concentraciones máximas de alcohol en el estómago (mayores efectos), lo mismo con la ranitidina, cimetidina y ácido-acetil-salicílico [...]

[...] El metranidazol, tolbutamida, algunas sulfamidas y cefalosporinas [...] incrementan las concentraciones de acetaldehído produciendo náuseas, vómitos, cefaleas, sensación de calor y rubefacción, sensación de mareo.

[...] Los depresores del [SNC] suman o potencian la sedación, produciendo intoxicaciones graves.

[...] Los [AINE] (antiinflamatorios no esteroides) suman o potencian la gastrotoxicidad digestiva, con mayor riesgo de hemorragia digestiva.

[...] Los psicoestimulantes como la cafeína, el café: si bien el efecto podría ser reducir la embriaguez por administración de una sustancia con efectos opuestos, los resultados son muy variables: puede disminuir la sensación de embriaguez pero no se modifican de forma sustancial los efectos del alcohol sobre el rendimiento psicomotor o la conducción (pág. 53)

Otro tópico que resulta de interés para esta investigación, es la interacción del alcohol con otras sustancias psicoactivas, que Moya García et al. (2007) definen como otras drogas de abuso y se presentan en la Tabla 26:

Tabla 26: Mezclas de Alcohol con otras Drogas de Abuso e interacciones más relevantes

MEZCLAS	INTERACCIONES MAS RELEVANTES
Alcohol y opioides	• Aumento efectos sedantes de ambas sustancias • Afectación del rendimiento psicomotor • Puede aumentar depresión respiratoria propia del opioideo
Alcohol y cannabi-Noideos	• Produce una mayor sedación • Disminuye del rendimiento psicomotor • Aumenta la sensación de estar “drogado o colocado” • Aumenta los efectos cardiovasculares del cannabis: aumento de la frecuencia cardíaca , tensión arterial, respiración, falta de aire
Alcohol y otros sedantes	• aumenta los efectos sedantes de ambas sustancias. • aumenta el deterioro del rendimiento psicomotor. • Se incrementa la gravedad de la intoxicación por benzodiazepinas. • La combinación con gammahidroxibutirato (GHB) empeora la sedación y la gravedad de la intoxicación.
Alcohol y cocaína	• La aspiración de cocaína durante la intoxicación alcohólica produce una falsa sensación de sobriedad y de mejoría del rendimiento psicomotor. Los afectados creen que están mucho menos borrachos pero a la hora de la verdad su rendimiento está aún alterado. Esta falsa sensación de seguridad puede llevar a conductas de riesgo. • La combinación aumenta los efectos euforizantes y cardiovasculares (presión arterial, frecuencia cardíaca, gasto cardíaco) de la cocaína. • La combinación tiene un mayor potencial de abuso y un incremento del riesgo de patología cardiovascular. Está demostrado que la ingesta simultánea de alcohol y cocaína aumenta el riesgo de muerte súbita cardíaca. • Produce mayor agresividad y conductas violentas. • Provoca un incremento de las concentraciones de cocaína y la formación de un metabolito específico, la cocaetilena, que presenta actividad similar a la cocaína.
Alcohol y Anfetaminas	• La metanfetamina y la anfetamina reducen la sensación de borrachera provocada por el alcohol, a su vez el alcohol aumenta sus efectos euforizantes. • No se observa un efecto significativo sobre el deterioro psicomotor inducido por el alcohol. Las concentraciones máximas de alcohol pueden reducirse levemente. • La combinación de alcohol y [MDMA-3,4-metilenodioximetanfetamina] o éxtasis también reduce la sensación de embriaguez del alcohol y aumenta la euforia de la [MDMA]. • Se incrementan la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la temperatura respecto a la [MDMA] sola. • Las concentraciones de [MDMA] aumentan levemente y las de alcohol disminuyen discretamente

Moya García et al. (Informe sobre Alcohol, 2007)

Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de opioides (F11)

El término opioide u agonista opioide se emplea para designar a un grupo de fármacos que en distintos grados tienen propiedades similares a las del opio o la morfina. Se emplean principalmente como analgésicos, pero también tienen otros efectos farmacológicos:

Anteriormente se utilizaba el término “opiáceos” para designar compuestos derivados del opio, como la morfina, la codeína y derivados semisintéticos de la morfina. Con el desarrollo de entidades totalmente sintéticas, con acciones similares a la morfina, se acuñó el término “opioide” para referirse a todos los productos naturales o sintéticos con acciones similares a la morfina. (Goodman & Gilman, pág. 480)

Estos fármacos producen sus efectos principalmente en el [SNC] y el intestino actuando como agonistas de los receptores μ (μ). También presentan una afinidad apreciable por los receptores delta (δ) y Kappa o Cappa (κ). Los efectos son muy diversos e incluyen analgesia, somnolencia, modificaciones del estado de ánimo, depresión respiratoria, entre otros:

[...] sobre el [SNC] los compuestos morfinosímbles producen analgesia, somnolencia, modificaciones del estado de ánimo, embotamiento. Un detalle importante es que producen analgesia sin pérdida de la conciencia.

[...] si se administra a dosis terapéuticas el sujeto manifiesta que el dolor es menos intenso, molesto o que desaparece totalmente. Además junto con el alivio produce en algunos pacientes euforia.

[...] en sujetos sin dolor, la experiencia de administrar iguales dosis puede no siempre placentera, ya que puede producir náuseas, vómitos, somnolencia, dificultad en la concentración, apatía y disminución de la actividad física.

[...] a medida que se aumenta la dosis, los efectos subjetivos, tóxicos y analgésicos, incluyendo la depresión respiratoria se hacen más pronunciados.

[...] El desarrollo de la tolerancia y dependencia física debido al uso repetido es una propiedad característica de todos los agentes opioides. (pág. 484)

Son absorbidos fácilmente por el tracto gastrointestinal y la absorción a través de la mucosa rectal es adecuada. También lo hacen luego de una inyección subcutánea e intramuscular, así como vía intratecal o epidural. Cuando se administran por vía endovenosa actúan rápidamente. Cuando la morfina se encuentra en concentraciones

terapéuticas en el plasma, alrededor de una tercera parte está fijada a las proteínas. No persiste en los tejidos y 24 horas después de la última dosis, las concentraciones tisulares son muy bajas. En el adulto, solo pequeñas cantidades de morfina atraviesan la barrera hematoencefálica, si bien otros opioides más liposolubles como la codeína, la heroína y la metadona la atraviesan en mayor cantidad. La vía principal para su metabolismo es su conjugación con el ácido glucurónico para formar productos activos e inactivos, siendo la morfina – 6-glucurónico es más potente que la morfina. Esta última tiene una vida media de 2 horas, y la morfina– 6- glucurónico algo más prolongada. Muy poca morfina se excreta intacta. Se elimina por filtración glomerular y el 90% de la excreción total se produce en el primer día. En cuanto a sus efectos adversos estos fármacos deben ser usados con cuidado en personas con problemas renales hepáticos y respiratorios. (págs. 489-490).

En cuanto a la intoxicación aguda se destaca que:

[...] puede deberse a sobredosis clínica, sobredosis accidental en usuarios adictos o intentos de suicidio. Si la sobredosis es muy elevada puede presentar estupor y coma profundo, la frecuencia respiratoria es muy baja, puede existir cianosis, la presión arterial cae en forma progresiva, las pupilas se transforman en puntiformes y simétricas (miosis extrema), y si la hipoxia continúa, se produce midriasis, descenso marcado de la temperatura corporal baja con piel fría, húmeda pegajosa, oliguria, flaccidez muscular, mandíbula relajada, y la lengua puede caer sobre glotis, produciendo una obstrucción aguda, produciéndose la muerte por insuficiencia respiratoria aguda.

[...] En ocasiones produce edema pulmonar no cardiogénico, lo que acentúa la hipoxia sistémica a partir de un aumento de la permeabilidad capilar pulmonar lo que lleva a una insuficiencia respiratoria aguda. (pág. 493)

Tanto los opiáceos naturales (morfina, codeína) como los sintéticos (metadona, heroína, fentanilo, buprenorfina) desarrollan tolerancia y dependencia rápidamente. La heroína (o diacetilmorfina) es el opiáceo de uso más frecuente en el mundo y una de las drogas más adictivas que existen, con independencia de la vía de administración, según han demostrado los investigadores del [NIDA] Instituto Nacional de Drogas de Abuso, de Estados Unidos. (Moya García & Bobes García, 2010)

Se suele inyectar por vía intravenosa, disuelta en diversos líquidos y en condiciones habitualmente no estériles. Por esta vía puede producir malestares referidos principalmente al abdomen, en la jerga "subidón". Puede ser utilizada por aspiración nasal (esnifar) o fumada mezclada con tabaco. La sensación que produce es de bienestar físico, psíquico, euforia y relajación. Dada la tolerancia que genera, las dosis son crecientes e instalan la dependencia muy rápidamente. La tolerancia puede desarrollarse después de la segunda o tercer dosis, y el síndrome de abstinencia aparece también muy rápidamente tras la última dosis. (Mosquera González & Galdós Anuncibay, 2007, pág. 122). En este sentido, cabe destacar que:

[...] en la última década, ha cambiado de forma radical la vía de administración de esta sustancia. La vía oral (fumada) e intrapulmonar (inhala) ha sustituido a la vía inyectada, que se utilizaba en los años 80 y 90. Este cambio ha permitido mejorar el control de los daños asociados al consumo de heroína inyectada (infección por [VIH/Sida] y otras enfermedades infecciosas). Sin embargo, la heroína siempre es igual de peligrosa. Su riesgo es independiente de la vía de administración que se utilice y de si se consume sola o asociada a otras drogas. (Moya García & Bobes García, 2010)

El síndrome de abstinencia aparece a las 8-16 horas de la última dosis, con bostezos, lagrimeos, rinorrea y sudoración. A las 20-24 horas, hay midriasis, agitación y temblor. A las 48-72 horas son característicos el insomnio, los vómitos, diarrea y el dolor abdominal y lumbar, así como taquicardia, piel fría y moteada y una agitación extrema. Esta fase puede llegar a ser mortal si se instala el shock hipovolémico. Si esto no ocurre, los síntomas y signos mejoran al cabo de 7-12 días, aunque sigue habiendo debilidad, depresión e insomnio por muchos días. En cualquier fase del síndrome, una nueva dosis hace desaparecer rápidamente los síntomas, por lo que al ser conocido por el adicto, intenta conseguir la dosis de cualquier forma. (Mosquera González & Galdós Anuncibay, 2007, pág. 123) De este modo, la adicción a esta sustancia:

[...] es una enfermedad crónica, con múltiples recaídas y sumamente compleja, que hace necesario un abordaje multidisciplinar en el que se deben tener en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. El tratamiento con fármacos sustitutivos como la metadona y la buprenorfina ha demostrado ser muy

eficaz y sus resultados mejoran cuando estos medicamentos se combinan con psicoterapia. (Moya García & Bobes García, 2010)

Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de cannabinoides (F12)

La marihuana, también conocida como "yerba" o "porro" se obtiene de los extremos florecidos de las plantas del "cáñamo de la India" y es una droga muy antigua. Es la preparación seca y triturada de flores, hojas y pequeños tallos que se fuma sola en forma de cigarrillos o mezclada con tabaco. El "hachis" es el exudado resinoso que es prensado y se vende en forma de pastillas para su consumo, se deshace al calor y se fuma también mezclado con tabaco. Existe una única especie de cáñamo que es la "cannabis sativa" con dos variedades, la "índica" y la "americana". (Vila, 2007, pág. 40)

De la planta de cáñamo se sintetizan no menos de 400 compuestos químicos, de los cuales más de 60 son cannabinoides. El delta-9-tetrahidrocanabinol [THC] es el isómero responsable de la mayoría de los efectos psicológicos característicos de la marihuana. Todos los cannabinoides tienen múltiples efectos, y no todos ellos se producen por el mismo patrón de acción: "el [THC] ejerce sus efectos más importantes sobre el [SNC] y el cardiovascular. Las respuestas de conductas dependen de la dosis, vía de administración, contexto, experiencia y expectativas de los sujetos". (Goodman & Gilman, pág. 539)

Entre los efectos que produce sobre el [SNC] un cigarrillo con 2% [THC] se encuentran la sensación de bienestar o euforia, con relajación y somnolencia si la persona está sola, pero si está acompañada pueden aparecer, en el interactuar, risas desajustadas. Hay afectación de la postura y el equilibrio, la memoria reciente se altera, hay incapacidad para realizar tareas que requieren una serie de pasos mentales, tendencia a confundir el pasado, presente y el futuro con sensación de extrañeza e irrealidad del propio ser o persona.

Con uno o dos cigarrillos, se deterioran los procesos más complejos, percepción, atención y el procesamiento de información requerida por ejemplo, para manejar, alteraciones que persisten entre 4 a 8 horas superando el tiempo de duración de los efectos placenteros que experimenta la persona con la droga.

También puede producirse aumento del apetito, boca y garganta seca, percepción de estímulos visuales y auditivos sutiles que antes eran ignorados, y los sentidos no dominantes como el tacto, gusto y olfato se presentan exacerbados. La alteración de la percepción del tiempo es un efecto constante, ya que el tiempo parece pasar con mayor lentitud.

A dosis más elevadas de [THC] pueden inducir alucinaciones francas, ilusiones y sentimientos paranoides, pensamiento confuso y desorganizado y la alteración de tiempo y despersonalización se acentúan. La euforia puede ser reemplazada por ansiedad que alcanza características de pánico. Con dosis muy elevadas el cuadro clínico es de una psicosis toxica, agregando la pérdida de contacto con la realidad. Esto puede aparecer en forma aguda o después de muchos meses de uso. El efecto máximo de la marihuana fumada se produce a los 20-30 minutos después de la inhalación. Los consumidores crónicos pueden exhibir apatía, torpeza, deterioro del juicio, concentración y memoria y pérdida del interés en el aspecto personal y en la persecución de objetivos convencionales. (pág. 540)

En lo relativo al aparato cardiovascular, los efectos inmediatos al consumo de marihuana son el incremento de la frecuencia cardiaca, leve aumento de la presión arterial sistólica en posición supina y moderado descenso de pie. El consumo de altas dosis provoca una exacerbación de la hipotensión ortostática y se asocia a reacciones vasovagales. Estos efectos pueden causar mareos, síncope, caídas e incluso lesiones. (Aguilar & Cristar, 2014, pág. 32)

Como efectos respiratorios, se presentan irritación de las vías respiratorias, tos, producción de esputo, sibilancias, faringitis, empeoramiento de la voz y exacerbación del asma. El alquitrán producido por la pirolisis de la marihuana es más carcinogénico que el que deriva del tabaco ya que fumar marihuana introduce cuatro veces más partículas de alquitrán en los pulmones que fumar un cigarrillo de tabaco debido a que el humo es inhalado en forma más profunda (Rodríguez-Reyes & Pérez Padilla, 2013)

En relación a los efectos en el embarazo, se reconoce que hay un aumento en el riesgo de nacimientos prematuros y recién nacidos de bajo peso. Similar a lo que se ve con el hábito de fumar, aumenta los niveles de monóxido de carbono en la sangre que puede disminuir la cantidad de oxígeno que el feto recibe, afectando su crecimiento.

De este modo, “el [THC] produce adicción y tolerancia moderada, pero no produce dependencia física. [...] Si se interrumpe luego de consumir dosis altas durante cierto tiempo, puede desencadenarse un auténtico síndrome de abstinencia, caracterizado por irritabilidad, nerviosismo, insomnio, anorexia y temblores durante cuatro o cinco días”. (Mosquera González & Galdós Anuncibay, pág. 126)

Trastornos metales y del comportamiento debido al consumo de sedantes o hipnóticos (F13)

Tomando la clasificación de Graciela Jorge, citada por Arizaga et al. (2007, pág. 11) dentro de las sustancias psicoactivas o psicotrópicas empleadas en el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo se encuentran:

Estabilizantes del humor (antimaníacos y antirrecurrenciales): entre los que está el litio [NC: Ceglution]. (Se menciona un solo nombre comercial a título aclaratorio del grupo de medicamentos).

Antipsicóticos, Neurolépticos o Tranquilizantes Mayores: se dividen en dos grandes categorías:

Típicos: se distinguen los sedativos, los incisivos y de transición.

Atípicos: se encuentran la clozapina [NC: Lapenax] risperidona [NC: Rispedral] y olanzapina [NC: Ziprexa].

Ansiolíticos, sedantes o tranquilizantes menores: en este grupo hay dos grandes categorías:

- Benzodiacepínicos que se diferencian según sea:

- de acción prolongada (24 horas o más) diazepam [NC: Valium] y clonazepam [NC: Rivotril]
- de acción intermedia (entre 24 y 12 horas) como el bromazepam [NC: Lexotanil] y lorazepam [NC: Trapax]
- de acción corta (6 a 12 horas) como el alprazolam [NC: Alplax]
- de acción ultracorta (6 horas o menos) como el midazolam [NC: Dormicum]
- No benzodiacepínicos, como zolpidem [NC: Somit], zopiclona [NC: Insomnium] y zaleplón [NC: Hipnodem] que son hipnóticos (inductores del sueño)

Antidepresivos:

Para identificar estos fármacos se utilizó la siguiente clasificación:

Antidepresivos de primera generación

- Incluye a los inhibidores no selectivos de la recaptación de aminas o antidepresivos tricíclicos [ADT] y heterocíclicos: amitriptilina [NC: Tryptanol], imipramina [NC: Tofranil], nortriptilina [NC: Ateben] y clomipramina [NC: Anafranil] entre otros.
- los inhibidores irreversibles de la mono amino oxidasa [IMAO] como tranilcipromina [NC: Parnate].

Antidepresivos de segunda generación

Son drogas selectivas y de diseño que instalan una “nueva era farmacológica”. Surgen hacia finales de los años ochenta y fueron creadas por la biología molecular siguiendo fines determinados y actuando sobre un lugar de acción específico del [SNC]. Hasta la aparición de estas moléculas, las drogas psicotrópicas eran resultado de hallazgos coyunturales de otras investigaciones y su aplicación no se sustentaba en un lugar de acción específico del [SNC]. Se incluyen en este grupo:

- inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina [5 HT] [ISRS]cuya droga más conocida es la fluoxetina [NC:Foxetin, Prozac]. También corresponde a la clasificación de [ISRS], la paroxetina [NC: Aropax] y la sertralina [NC: Zoloft].

Antidepresivos de tercera generación o atípicos

Incluye un grupo heterogéneo por sus mecanismos de acción, entre ellos el bupropion [NC: Zyban], venlafaxina [NC:Effexor, Elafax] entre otros. (Vergel Rivera, Tasé Martínez, & Groning Roque, pág. 357)

Brevemente se amplía la información sobre estas sustancias psicoactivas:

Estabilizantes del humor:

Las sales de litio se introdujeron en Psiquiatría alrededor del año 1950 para el tratamiento de la manía, pero su uso fue resistido por la desconfianza en sus efectos secundarios. Sin embargo, fueron finalmente aceptadas ante la evidencia de su inocuidad y eficacia para el tratamiento de la manía así como la prevención de ataques recurrentes en las enfermedades maníaco-depresivas o bipolares como un timoléptico importantes. (Goodman & Gilman, pág. 414)

En cuanto a su mecanismo de acción:

[...] es posible que los efectos del litio sobre la distribución del sodio, calcio, magnesio y el metabolismo de la glucosa, contribuyan a los efectos antimaníacos y que ejerzan una acción moduladora, al inhibir la secreción de noradrenalina y dopamina en las terminaciones nerviosas e intensificar la descarga de serotonina. Provocan también un incremento en la inactivación de aminas. (Vergel Rivera, Tasé Martínez, & Groning Roque, pág. 363)

La aparición de toxicidad se relaciona con la concentración plasmática de $[Li^+]$ y con su tasa de aumento luego de la administración. La toxicidad aguda se caracteriza por vómitos, diarrea profusa, temblor grosero, ataxia y coma con convulsiones. Una toxicidad leve que se puede manifestar durante el pico de absorción del $[Li^+]$, son las náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, sedación y temblor fino. Los efectos más graves involucran signos como confusión mental, hiperreflexia, temblor grueso, disartria, convulsiones y signos focales neurológicos y de los pares craneales que progresan hasta

el coma y la muerte. También pueden aparecer arritmias, hipotensión severa y albuminuria. (Goodman & Gilman, pág. 447)

La toxicidad del $[Li^+]$, aumenta con la combinación de diuréticos expoliadores de sodio, analgésicos antiinflamatorios no esteroides, antidepresivos tipo tricíclicos y tipo inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Otras sustancias que también producen el aumento del efecto tóxico son los antihipertensivos como la metildopa, los neurolépticos como el haloperidol, anticonvulsivantes como la carbamazepina y la fenitoína y antibióticos como el metronidazol.

El efecto terapéutico disminuye a partir de sustancias que estimulan la excreción del litio, como la cafeína, teofilina y medicamentos que contienen sodio, como el bicarbonato de sodio o el cloruro de sodio. (Vergel Rivera, Tasé Martínez, & Groning Roque, pág. 364)

Ansiolíticos, sedantes o tranquilizantes menores:

La primer benzodiacepina [BZD] que tuvo éxito fue el clordiazepóxido, desarrollado por los Laboratorios Roche® hacia fines de la década de 1950. Junto con el diazepam pueden ser considerados los agentes prototipos de su clase.

El efecto ansiolítico de las benzodiacepinas [BZD] se asocia a su unión al receptor [GABA] (ácido gammaaminobutírico), que es el neurotransmisor inhibitorio cerebral principal y sus receptores se distribuyen aproximadamente en el 30% de las neuronas corticales y talámicas. El [GABA] y las [BZD] se unen al complejo receptor [GABA] y actúan regulando la apertura del canal ionóforo del cloro de este complejo. Las benzodiacepinas aumentan la receptividad del [GABA] por el [GABA] y con ello aumenta el flujo de iones de cloruro por el canal ionóforo al interior de la neurona. La neurona queda cargada negativamente y con esto disminuye su capacidad excitatoria. Por convenio estos receptores se denominan benzodiacepínicos o complejo [GABA] benzodiacepina. Todas las benzodiacepinas tienen cierto efecto ansiolítico, miorrelajante, anticonvulsivo e hipnótico. (pág. 352)

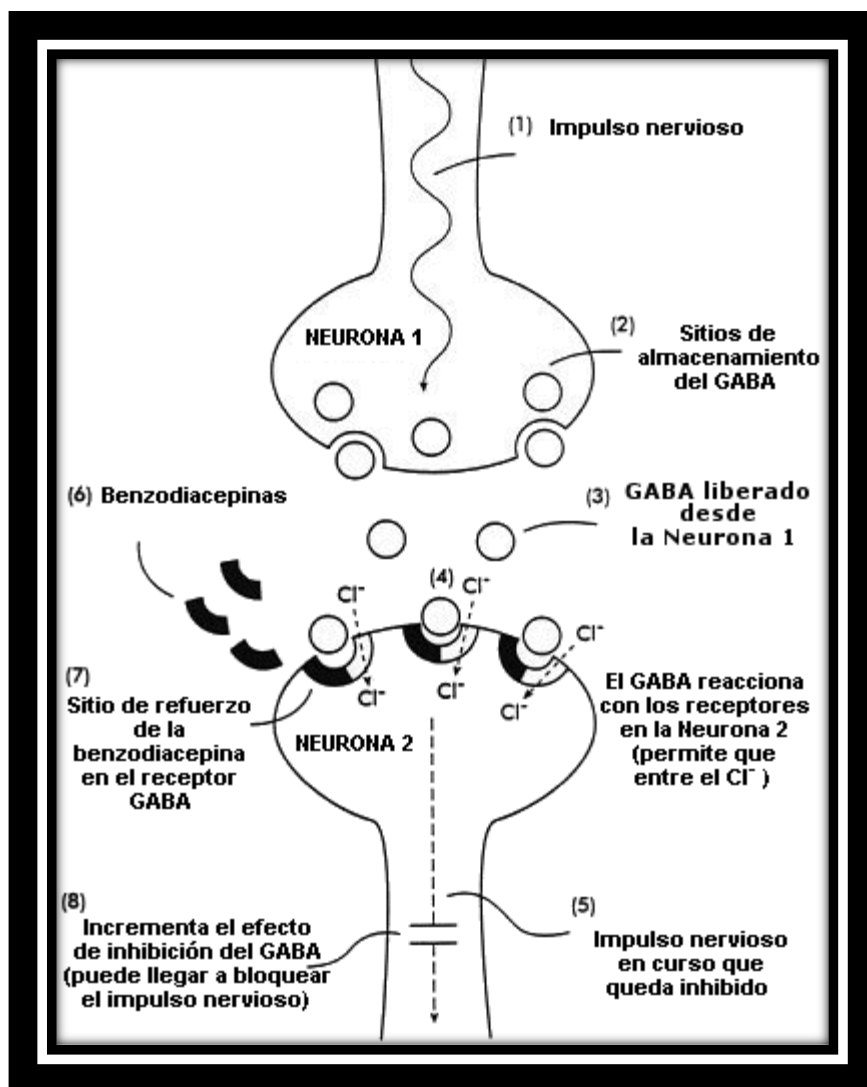


Figura 6. Mecanismo de acción de los ansiolíticos.

Las [BZD] presentan una buena absorción gastrointestinal tras su administración oral y alcanzan fácilmente niveles máximos entre los 30 minutos y 8 horas y tienen una biodisponibilidad casi completa, aunque esta puede retrasarse al combinarse con otros fármacos, por ejemplo, los [ADT], antiácidos o anticolinérgicos.

Las [BZD] circulan en sangre unidas en 85 a 100% a proteínas plasmáticas y su alta liposolubilidad hace que puedan atravesar rápidamente la barrera hematoencefálica, acumulándose y actuando en el cerebro. También pueden atravesar la placenta materna alcanzando niveles similares que los plasmáticos a las pocas horas de su administración.

Los efectos farmacológicos la mayoría de las [BZD] tienen un perfil similar: tienen un efecto sedante (que no se puede separar de su efecto ansiolítico), una actividad hipnótica prominente, así como miorrelajante y anticonvulsivante. Los efectos sobre la relajación muscular parecen que se encuentran mediados por la acción de estos fármacos sobre la medula espinal, mientras que el efecto anticonvulsivante se relaciona con la potenciación de los circuitos neuronales gabaérgicos, en múltiples localizaciones del [SNC] que incluyen estructuras del tronco cerebral. El efecto ansiolítico parece que se relaciona con su acción sobre la corteza cerebral y las estructuras del sistema límbico. Se ha sugerido que los efectos secundarios motores tales como la alteración de la marcha o ataxia, pueden tener lugar por la acción de las benzodiacepinas sobre el cerebelo; la inducción de amnesia por su acción en el hipocampo y su efecto hipnóticos probablemente por su acción sobre la formación reticular. (pág. 354)

En dosis altas y también bajas, puede aparecer somnolencia y la sensación de cansancio como manifestaciones del efecto depresor sobre el [SNC]. Suele mejorar al cabo de unos días, pero se agrava simultáneamente si se ingieren otros fármacos o sustancias depresoras del [SNC], por eso se debe evitar la ingestión simultánea de [BZD] y bebidas alcohólicas. En situaciones de sobredosis es raro que se presente una depresión respiratoria grave, que puede ocurrir si la toma es con otras sustancias depresoras, como el alcohol.

Los efectos cardiovasculares de las [BZD] son leves. A dosis terapéuticas producen disminución leve de la ventilación, presión sanguínea y trabajo sistólico ventricular izquierdo. Pueden producir un aumento de la frecuencia cardíaca y disminución del gasto cardíaco, pero son efectos mínimos. (Goodman & Gilman, pág. 422)

Por su acción hipnótica y sedante, se emplean en la anestesia, en el tratamiento del insomnio y en algunos cuadros de abstinencia, siendo útiles en la fase aguda del síndrome de abstinencia del alcohol etílico, así como en los tratamientos de deshabituación de algunas drogas, como la cocaína, la heroína y el ácido lisérgico o [LSD]. (Mosquera González & Galdós Anuncibay, 2007)

El efecto hipnótico de las [BZD], incluye distintas modificaciones tales como aumento del tiempo total de sueño, la reducción de la latencia del sueño, una disminución del número de despertares y una reducción de las fases 1, 3 y 4, con aumento de la fase 2. En general reducen el tiempo de la fase [REM], pero aumentan el número de ciclos [REM], con lo que aumenta la cantidad de sueños. Cuando se suspenden las [BZD] luego de su ingesta prolongada, puede sobrevenir

un efecto “rebote”, con un incremento de la fase [REM], lo que se asocia con el aumento de pesadillas o sueños extraños. (Vallejos Ruiloba, 2006, pág. 759)

Los efectos indeseados más frecuentes son sedación excesiva, mareos, somnolencia diurna y déficit en la capacidad de concentración y atención. Pueden aparecer en la primera semana de ingestión y siempre tienen relación con la edad, la dosis y la duración del tratamiento.

En cuanto a la tolerancia y dependencia física, “[...] para que aparezcan signos de abstinencia importantes, que en ocasiones pueden incluir convulsiones, deben administrarse dosis alta de benzodiazepinas durante períodos prolongados”. (Goodman & Gilman, pág. 423)

El abuso o la dependencia a sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, puede asociarse al abuso o dependencia de otras sustancias, por ejemplo a la cocaína, anfetaminas, heroína, cannabis y alcohol, ya que los sedantes se toman para aliviar los efectos indeseables de estas sustancias.

Antipsicóticos o Neurolépticos (también llamados tranquilizantes mayores):

La mayoría provocan un *síndrome neuroléptico*, caracterizado por enlentecimiento psicomotor, tranquilidad emocional e indiferencia afectiva ante estímulos externos, por lo que se les llamó neurolépticos. Su modo de acción se presenta en la Figura 7:

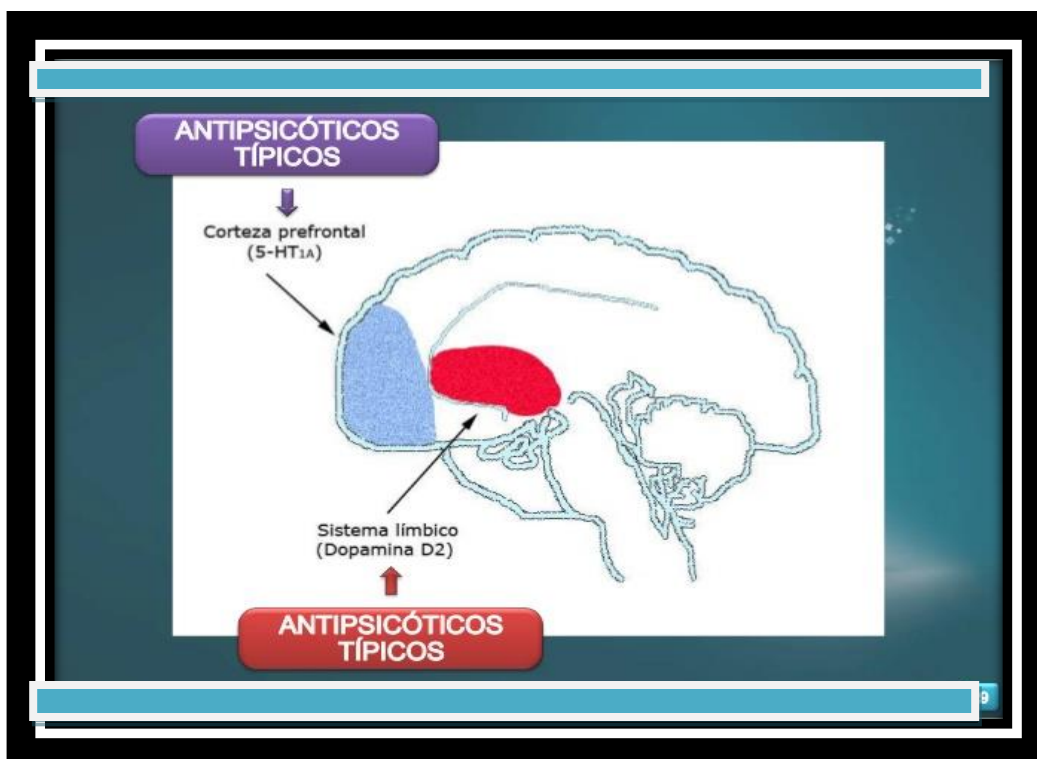


Figura 7. Mecanismo de acción de los neurolépticos o antipsicóticos.

Su acción farmacológica es sedación al iniciar el tratamiento y varía según el fármaco, desarrollando tolerancia al efecto. A las dos o tres semanas del tratamiento se controla la excitación psicomotora, la inquietud, irritabilidad, agresividad e insomnio. Los síntomas afectivos (ansiedad, depresión, tendencia esquizoide) responden a las cinco semanas y los últimos en controlarse son los síntomas relacionados con las funciones perceptivas y cognoscitivas (alucinaciones, delirios y pensamiento desorganizado o incoherente), en alrededor de la sexta a octava semana. Con los neurolépticos incisivos el control de síntomas puede ocurrir a la inversa, por lo que se usa en trastornos agudos psicóticos.

Tienen efectos normalizadores de los trastornos del sueño, sin producir somnolencia, fundamentalmente los que son más potentes. Sobre el sistema cardiovascular actúan a partir de efectos vasculares y cardíacos centrales y autonómicos.

Pueden producir hipotensión postural leve (sistólica), a la que se desarrolla tolerancia, atraviesan la barrera placentaria y se excretan por la leche materna. (pág. 370)

En cuanto a sus efectos indeseables, las principales diferencias entre los dos grupos de antipsicóticos los típicos y atípicos, son los efectos secundarios, que son menores en los atípicos, aunque en la industria farmacológica sean los de mayor costo o valor.

Los neurolépticos típicos tienen como efectos indeseables frecuentes la visión borrosa, congestión nasal, sequedad de la boca, cefalea, insomnio, mareo, vértigos, convulsiones, hiperpirexia, hipotensión ortostática y trastornos extrapiramidales como acatisia, discinesias, distonía aguda.

Los neurolépticos atípicos presentan más frecuentemente sequedad bucal, ocular, constipación, hiperglicemia, hipotensión ortostática, retención urinaria, constipación, los efectos extra piramidales son mínimos, y existe menor riesgo de presentar convulsiones.

Antidepresivos

Los grupos más empleados en el tratamiento de la depresión son los antidepresivos tricíclicos [ADT] y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (5 HT)[ISRS].

Generalmente, los antidepresivos provocan, por diferentes mecanismos, un aumento de las monoaminas neurotransmisoras (serotonina, norepinefrina y dopamina) en la sinapsis neuronal del [SNC]. Los [ADT] inhiben inespecíficamente la captación de noradrenalina y/o serotonina en la terminación nerviosa; los [IMAO] inespecíficos relacionan su efecto con la inhibición de la [MAO- A]; otros antidepresivos inhiben selectivamente la captación de uno o más de estos neurotransmisores. Los agentes atípicos antagonizan los receptores [5-HT1] y facilitan, indirectamente, la transmisión noradrenérgica.

Se presenta en Figura 8 la forma de actuar de los distintos antidepresivos:

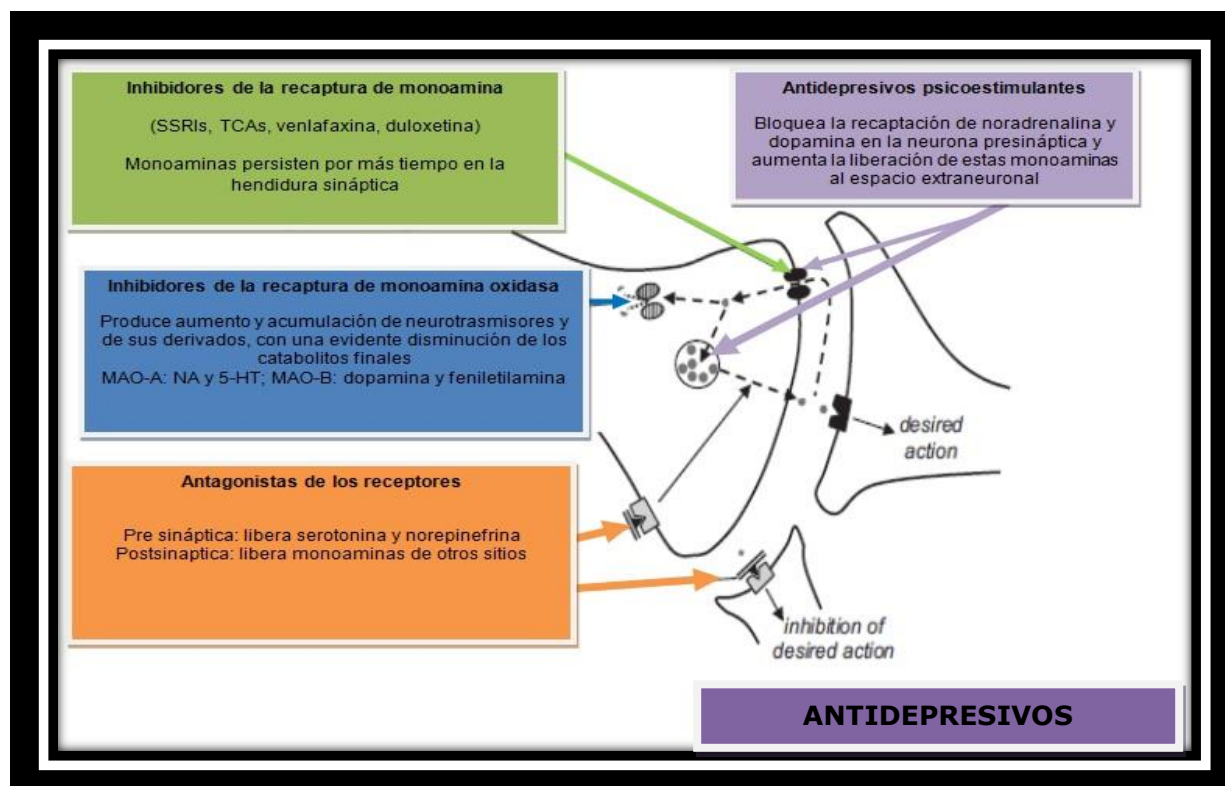


Figura 8. Mecanismo de acción de los antidepresivos.

Los antidepresivo tricíclicos (ADT) mantienen su rol en la terapéutica por ser tan eficaces como los más nuevos, por ser económicos y tener suficientes evidencias clínicas de su utilidad contra la depresión. No obstante, ante una posible sobredosificación, estos son más tóxicos que otros antidepresivos y algunas de sus reacciones adversas limitan su uso en ancianos y en pacientes con patologías cardíacas. La imipramina, primer antidepresivo de uso clínico reportado, es el fármaco prototipo de este grupo. (Goodman & Gilman, pág. 403).

Entre las acciones sobre el [SNC], aumentan el estado de ánimo, pero los efectos terapéuticos se manifiestan luego de dos o tres semanas de su uso. Tanto en sujetos sanos o depresivos se presentan efectos anticolinérgicos, incoordinación motora, somnolencia, sedación y confusión, al inicio del tratamiento, que desaparecen en una o dos semanas. En aquellas personas depresivas con trastornos del sueño, actúan como

hipnóticos. La amitriptilina, clomipramina, doxepina y trazodona, parecen ser especialmente sedantes. Sobre el sistema nervioso autónomo [SNA] bloquean la recaptación de las aminas biógenas, en las terminaciones nerviosas, potenciando sus acciones. Son antagonistas los muscarínicos colinérgicos, alfa 1 adrenérgicos, H₁ y serotoninérgicos, bloquean la MAO-B.

Sobre el aparato cardiovascular, a dosis terapéutica pueden producirse marcados efectos cardiovasculares que podrían poner en riesgo la vida en caso de sobredosis, sobre todo con amitriptilina, imipramina y nortriptilina. El más importante es la hipotensión postural, por bloqueo alfa (á). Otros incluyen taquicardia sinusal leve, cambios electrocardiográficos [ECG], tales como la inversión o aplanamiento de la onda T, bloqueo de la conducción en todos los niveles y depresión miocárdica. (Vergel Rivera, Tasé Martínez, & Groning Roque, pág. 358)

Los sujetos pueden desarrollar tolerancia a la sedación y a algunos efectos autonómicos. Los [ADT] deben interrumpirse de forma gradual, porque si la interrupción es brusca con altas dosis, puede haber síntomas de dependencia física (malestar, escalofríos, mialgias y rinitis).

Respecto a su farmacocinética, los [ADT] se absorben bien al administrarlos por vía oral. Se unen a las proteínas plasmáticas, atraviesan con facilidad la barrera hematoencefálica y placentaria y pasan a la leche materna. La vida media de la imipramina excede a las 20 horas. La mayor parte de los [ADT] se eliminan casi por completo en un plazo de siete a diez días; mientras los [IMAO] cesan su efecto en aproximadamente dos semanas.

Si bien los efectos indeseables tienen diferencias entre un grupo y otro, Vergel Rivera et al., (pág. 359) los señalan según frecuencia de aparición:

Frecuentes: efectos anticolinérgicos con [ADT] (tolerancia): son más frecuentes en ancianos y provocan: mareos, boca y piel secas, visión borrosa, exacerbación de glaucoma de ángulo estrecho, constipación, retención urinaria, taquicardia, palpitaciones, pérdida de la acomodación ocular. Cardiovasculares: hipotensión postural (tolerancia). Menor riesgo con nortriptilina e [ISRS]. Arritmias, depresión

miocárdica, alteraciones del [ECG] (inversión o aplanamientos de la onda T). Otros: sudoración paradójica excesiva, temblores musculares. *Ocasionales*: Sedación, somnolencia y dificultad para la concentración; transición afectiva de depresión a excitación o hacia un estado maníaco depresivo, disfórico y agitado mixto. Convulsiones tónicoclónicas (bupropión a dosis altas y clomipramina). *Raros*: Ansiedad, leucopenia, ginecomastia, galactorrea (mujeres), retraso del orgasmo o impotencia, común con [ADT] e [ISRS], acufenos, irritabilidad, fotosensibilidad, rash cutáneo, reacciones alérgicas (erupciones, ictericia), aumento de peso (excepto bupropión e ISRS).

La intoxicación aguda se manifiesta en un principio con efectos anticolinérgicos importantes, arritmias cardíacas, hipotensión y alteraciones neurológicas. En cuanto al síndrome de supresión de antidepresivos, se manifiesta con trastornos digestivos, ansiedad, insomnio, manía, arritmias, malestar general, cefalea y agitación, pueden ocurrir entre las 24-72 horas de la supresión, ya sea por incumplimiento en el tratamiento, disminución de dosis o cualquier otra causa. Si los [ADT] han sido ingeridos durante más de ocho semanas, se requiere una supresión gradual.

Entre las interacciones están con los tranquilizantes y ansiolíticos y producen un aumento de la sedación, con el alcohol aumentado la acaticia y la sedación, con la epinefrina provoca una reacción paradójal en la tensión arterial.

Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de cocaína (F14)

La cocaína fue aislada por primera vez en 1859 y es el principal principio activo (metilbenzoilecgonina) que se extrae de las hojas de la planta de coca. Existen alrededor de 200 especies, de las cuales la más utilizada es la "erythroxylum coca", del quechua "kuka". El químico corso Ángelo Mariani patentó una combinación de vino y extracto de coca que pronto se convirtió en una de las bebidas más populares (vino Mariani), que tenía finalidades muy diversas: aumentar el vigor, disminuir el cansancio, mejorar los problemas intelectuales, entre otras. En la última década del siglo XIX se expandió en los círculos intelectuales de Europa y Estados Unidos, hasta que en 1914, comenzó a diseñarse una trama legislativa en ese país que logra declarar su uso ilegal, reservándola para uso médico y prohibiendo toda otra forma de utilización. En 1925, la II

Conferencia Internacional del Opio, en Ginebra declaró a la cocaína nociva para la salud, y al ser respaldado este veredicto por la sociedad, comienza la historia contemporánea de la prohibición de la cocaína. (Vila, 2007, pág. 34)

La coca se consume por infusión y masticación, forma esta última denominada "coqueo", que se hace junto con una sustancia alcalina que permite extraer el principio activo y posibilita que sea absorbido. Su consumo no es solo un complemento energético y alimentario para las poblaciones andinas, sino principalmente una costumbre muy arraigada culturalmente.

La pasta base, la base libre o "*free base*" y el crack se consumen mediante el fumar. La pasta base de cocaína es un producto intermedio en el proceso de transformación de las hojas de coca para producir clorhidrato de cocaína.

La variante denominada "paco" en la Argentina, es descripta como los restos de la producción de la cocaína. Es un producto de color amarillento, pastoso, que contiene sulfato de cocaína, otros alcaloides e impurezas (querosén, alcohol metílico y ácido sulfúrico). La pasta base de cocaína se consume fumada en latas de gaseosa, en una gran diversidad de pipas caseras o mezcladas en un cigarrillo de marihuana o de tabaco. La pasta base se obtiene a partir del clorhidrato de cocaína, mezclando este con amoníaco, hidróxido de sodio o bicarbonato sódico. Luego se disuelve en éter, y se deja que este se evapore a muy alta temperatura (800° C), utilizando un mechero de propano. Su uso es complicado y peligroso por las altas temperaturas y los riesgos de explosión. (pág. 36)

El clorhidrato de cocaína se consume por absorción en las mucosas siendo la forma más habitual la inhalación por vía nasal. También se puede absorber por las encías mediante frotación sobre las mismas. Para obtener el clorhidrato de cocaína se parte de la pasta base, la cual se disuelve en éter, se filtra, se agregan ácido clorhídrico y acetona y se obtiene así un polvo de color mate cremoso, que tiene un grado de pureza del 95 al 99 %.

El "*crack*" es una forma de cocaína base que se produce mezclando clorhidrato de cocaína con amoníaco y bicarbonato de sodio para alcalinizarla. Se calienta a 98°C. Así la base libre precipita en forma de piedritas con aspecto de porcelana. Se inhala en

recipientes calentados o se fuma pulverizado y mezclado con tabaco, marihuana, fenciclinida [PCP], etc., en forma de cigarrillos.

Los aspectos farmacológicos (absorción, metabolización, mecanismo de acción y excreción) y los efectos psicológicos y fisiológicos de la cocaína, solo difieren en intensidad, según los distintos tipos de preparación. El principio activo de la hoja de coca, del clorhidrato de cocaína, de la base libre, del crack y de la pasta base es el mismo. Lo que cambia de acuerdo a la forma de cocaína utilizada es la velocidad de la absorción, la intensidad de la actividad farmacológica y, por ende, de los efectos y de su toxicidad. Así, el efecto de la hoja de coca masticada, en acullico, difiere claramente de cualquier otra forma de cocaína, no solo por el inicio, pico y duración de la acción, sino porque la dosis de cocaína que se consume es muy baja. (pág. 38)

A continuación, Tabla 27, se presentan las distintas formas de uso y su farmacocinética:

Tabla 27: Formas de uso de la Cocaína y su Farmacocinética.

TIPO DE SUSTANCIA	[] DE COCAÍNA	VÍAS DE ADMINISTRACIÓN	% EN PLASMA	VELOCIDAD APARICIÓN EFECTOS	[] MÁX. EN PLASMA	DURACIÓN DE LOS EFECTOS	DESARROLLO DE DEPENDENCIA
Hojas de coca	05,-1,5 %	Mascado, infusión oral	20.30 %	Lenta	60 minutos	30-60 minutos	NO
Clorhidrato de Cocaína	12-75%	Tópica: ocular, genital, intra-nasal	20-30 %	Relativamente rápida	5-10 minutos	30-60 minutos	SI A LARGO PLAZO
Clorhidrato de Cocaína	12-75%	Parenteral endovenosa, subcutánea, intramuscular	100%	Rápida	30-45 segundos	10-20 minutos	SI A LARGO PLAZO
Pasta de Coca	40-85% (sulfato de cocaína)	Fumada	70-80 %	Muy rápida	8-10 segundos	5-10 minutos	SI A LARGO PLAZO
Cocaína base	30-80 % (alcaloi-de cocaína)	Inhalada, fumada	70-80 %	Muy rápida	8-10 segundos	5-10 minutos	SI A LARGO PLAZO

(Pascual, Torres, & Calafat, 2001, pág. 39)

Respecto a su mecanismo de acción:

La cocaína se comporta como una amina simpaticomimética de acción indirecta, es decir, es capaz de remedar las acciones de las catecolaminas no actuando directamente sobre los receptores adrenérgicos o dopaminérgicos, sino aumentando la disponibilidad del neurotransmisor en la hendidura sináptica. [...] La cocaína es un inhibidor de los procesos de recaptación tipo I (recaptación de noradrenalina y dopamina desde la hendidura sináptica a la terminal presináptica) lo que facilita la acumulación de noradrenalina o dopamina en la hendidura sináptica. (pág. 42)

Dado que es un potente estimulante del Sistema Nervioso Central, a dosis moderada ocasiona elevación del estado de ánimo, sensación de mayor energía y lucidez,

disminución del apetito, insomnio, mayor rendimiento en la realización de las tareas, alerta, incremento de las percepciones auditivas, táctiles y visuales, disminución de la sensación de fatiga e hiperactividad verbal, motora e ideativa. Pasado el efecto agudo, aparece un período con síntomas de cansancio, apatía, ansiedad, fatiga y disforia, más pronunciada cuanto más rápido son los efectos.

Sobre el sistema cardiovascular la cocaína produce, por efecto simpaticomimético, vasoconstricción periférica con aumento de la tensión arterial, por efecto inotrópico y cronotrópico positivo que se acopla al efecto vasoconstrictor. Pueden aparecer arritmias, taquicardia sinusal por efecto directo del estímulo simpático, tanto central como periférico, acompañada de midriasis, temblor y sudoración por ese mismo estímulo. Los trastornos del ritmo cardíaco son, junto con la hipoxia cerebral y el aumento de la tensión arterial, los causantes de la mayoría de las muertes súbitas por cocaína.

Durante el embarazo,

“[...] la cocaína se asocia a un número elevado de complicaciones, entre las que se cuentan riesgo de aborto en los primeros meses de embarazo, riesgo de muerte intraútero, desprendimiento de placenta, placenta previa y prematuridad. En los neonatos expuestos se observó disminución de peso y talla, disminución del perímetro cefálico al nacer, aumento del riesgo de anomalías y mayor excitabilidad e hipertonía”. (Girolami, 2013)

Respecto de la capacidad de la cocaína para inducir a dependencia:

Hasta hace pocos años se persistía en la idea de la inocuidad y falta de capacidad adictiva de la sustancia y no solo en opinión de personas más o menos entusiastas de ella, sino también en Tratados de Psiquiatría tan reputados como el Kaplan, en cuya edición de 1980 se puede leer que la cocaína no causaría ningún trastorno si no se utilizara más de 2 o 3 veces a la semana, lo que equivale a restarle importancia al potencial como droga de abuso de la sustancia y cargar el peso de su mayor o menor uso a la voluntad de la persona. (Llopis Llacer, 2001, pág. 148)

En “Dependencia, Intoxicación y Síndrome de Abstinencia por Cocaína”, Juan José Llopis Llacer menciona que no es sino hasta la aparición del [DSM- III] (1980) que se conceptualiza el diagnóstico de dependencia a la cocaína. Hasta entonces los criterios diagnósticos solo aceptaban para la cocaína el síndrome de abuso excluyendo la dependencia y para ello se basaban en que no tenían evidencia de inducción de

dependencia física, entendida esta como la aparición de un cuadro de tolerancia tras el consumo continuado, ni de síndrome de abstinencia al interrumpir el consumo.

El cuadro de abstinencia por cocaína no sigue los cánones clásicos. Aquí el síndrome de abstinencia por cocaína aparece pero tiene una presentación, evolución y características específicas que lo diferencian del síndrome de abstinencia clásico por alcohol u opiáceos. En cuanto a la tolerancia inducida por cocaína tampoco muestra el patrón habitual. El cocainómano, en general, puede abandonar el consumo por sí mismo, de hecho la mayoría de ellos interrumpen su consumo tras un período de abuso por la propia saturación percibida incluso manteniendo el acceso a la sustancia. En cambio, son incapaces de controlar el deseo patológico instaurando un círculo de uso intenso de cocaína, interrupción del consumo, síndrome de abstinencia, intenso "*craving*" y reanudación del consumo compulsivo con disforia:

Las definiciones clásicas coinciden en señalar que el "*craving*" es un estado subjetivo y motivacional emocional, que es necesario pero no suficiente para explicar la conducta de consumo de drogas y que es el responsable del inicio de una recaída en consumidores que permanecían abstinentes. (López Durán & Becoña Iglesias, 2006)

La dependencia a la cocaína se diagnostica entonces en base a la aparición de dos signos: la incapacidad para mantener la abstinencia más allá de la aparición del craving y el efecto paradójico o tolerancia inversa, que se caracteriza por la pérdida de los efectos estimulantes con el uso crónico de cocaína. (Llopis Llacer, 2001, pág. 152)

Al ser dependiente, una de las características más destacada es que la adicción continúa presente aunque la persona no realice consumos de forma continuada, puede llegar a mantener la abstinencia durante semanas o meses, pero aparecerán otra vez los síntomas al ponerse nuevamente en contacto con la sustancia, alcanzando probablemente la misma severidad en los síntomas que tenía previamente al inicio de la abstinencia, instaurando en poco tiempo el mismo patrón de consumo. Es por todas estas circunstancias que, para el diagnóstico clínico de la dependencia a cocaína, se tiene que restar importancia a aspectos fisiológicos como el síndrome de abstinencia y la tolerancia

aumentada para tener más en cuenta el fenómeno de neuroadaptación, el efecto paradójico y los aspectos de uso compulsivo e incapacidad para controlar el consumo.

Con respecto al síndrome de abstinencia es necesario recalcar que:

“se presenta en tres fases secuenciales que inician en el mismo momento en que se interrumpe el período de consumo impulsivo o atracón: [...] “*crash*” que dura 9 horas a 5 días, con rápida aparición de los síntomas de abstinencia y con subfaces diferenciadas por la intensidad del “*craving*” que presenta; [...] segunda fase de abstinencia, que dura de una a diez semanas [...] la tercer fase o de extinción que no tiene una duración definida.” (pág. 153)

Los consumidores crónicos siguen un patrón de períodos de consumo y abstinencia repetidos creando un círculo que comprende períodos de consumo intenso de cocaína, “*binges*”, abandono del consumo y paso a la fase de abatimiento, “*crash*”, durante uno o dos días, posteriormente siguen un par de días de abstinencia y vuelve el intenso deseo y la lucha constante por resistirse a la recaída durante 24 o 48 horas, que a su vez suele dar paso a esa recaída, con lo que se vuelve a iniciar el ciclo.

Si no se ha producido ningún consumo durante las fases de “*crash*” y abstinencia el adicto pasa a la tercera fase o de extinción. Puede durar desde meses a años, en la que se recupera el estado de ánimo normal y el deseo de cocaína es muy fluctuante, desencadenado por estímulos particulares para cada persona, sobre todo en relación al abuso de otras drogas, preferentemente alcohol.

La persona con intoxicación cocaínica aguda presenta excitación, intranquilidad, lenguaje incoherente, fiebre, hipertensión, arritmias, convulsiones, colapso, paro respiratorio y sobreviene la muerte, pero como en todo consumo, puede modificar la intensidad del cuadro, el tipo de preparado, la vía y el ambiente donde se produce el consumo. (pág. 157)

Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de otros estimulantes (incluida la cafeína) (F15)

Entre los preparados psicoestimulantes anfetamínicos más utilizados se destacan la anfetamina, fentermina, clorfentermina y metanfetamina, este último de gran importancia, pues es la base del grupo de [MDMA] (3,4-metilenodioximetanfetamina; éxtasis). Tienen un mecanismo de acción que involucra a varios neurotransmisores como son la dopamina, la serotonina, la adrenalina y la noradrenalina.

Algunos de sus efectos farmacológicos son:

A nivel periférico producen vasoconstricción periférica y como resultado, un aumento de la presión arterial tanto sistólica como diastólica. Incrementa la frecuencia cardíaca por acción beta adrenérgica, aunque también puede disminuir por vía refleja. A nivel del músculo liso contrae el músculo radial del iris dando lugar a una midriasis y a un aumento de la presión intraocular. El peristaltismo se ve disminuido, así como las secreciones. Relaja la musculatura bronquial por una acción beta adrenérgica. Contrae el esfínter de la vejiga, dificultando de esta manera la micción [...]A nivel del sistema nervioso central producen sensación de alerta, estimulación, mejoría del rendimiento intelectual y de la ejecución de tareas manuales, sensación de energía, disminución del cansancio, del sueño y del hambre. (Robledo, 2008)

También tiene efectos reductores del apetito, siendo su sitio de acción probablemente el centro hipotalámico lateral de la alimentación, de allí su uso en el tratamiento de la obesidad, aunque la tolerancia a la supresión del apetito se desarrolla rápidamente en el hombre, y se observa que no hay disminución de peso en obesos sin restricción en la dieta conjuntamente. (Goodman & Gilman, pág. 219)

Tanto los efectos subjetivos como los objetivos sufren el fenómeno de tolerancia tras el consumo repetido de las anfetaminas y sus derivados, de modo que se requiere mayor dosis para conseguir el mismo efecto. También se presenta la dependencia física y los síntomas de supresión después del consumo prolongado de anfetamina: la suspensión abrupta suele ser seguida por depresión, ansiedad y deseo de consumir la droga, para luego rápidamente presentar fatiga general y una necesidad de dormir. Después del despertar inicial aparece hiperfagia, somnolencia continua y anhedonia. El ánimo se

restablece luego de un período de días, aunque la disforia y la anhedonia pueden persistir durante semanas en algunos casos. (pág. 220)

Los efectos indeseables son en parte consecuencia de los efectos farmacológicos. Éstos pueden aparecer en cualquier momento, hasta el punto de que dosis bien toleradas un día pueden no serlo otro día, y provocar efectos indeseables [...]: a nivel cardiovascular, pueden causar hipertensión arterial, taquicardia, arritmias graves, isquemia miocárdica (angina) e infarto agudo de miocardio.[...]Puede haber cefalea, temblor, tensión muscular y mandibular, vértigo, ataxia, distonías, convulsiones y coma. [...] A nivel digestivo pueden aparecer náuseas y vómitos, íleo paralítico e isquemia intestinal [....] A nivel psicológico puede aparecer disforia, insomnio, irritabilidad, agitación, hostilidad y confusión. [...] es frecuente la aparición de agresividad, que se traduce en conductas de violencia y de riesgo. (Robledo, 2008)

Otro psicoestimulante es la cafeína, siendo dentro de las metilxantinas la más potente, ya que es un estimulante poderoso del [SNC]. Las personas que ingieren cafeína o bebidas que la contienen experimentan menos somnolencia, menos fatiga y un flujo más claro del pensamiento. A medida que se aumenta la dosis, se producen signos de estimulación progresiva del [SNC], incluyendo nerviosismo o ansiedad; inquietud, insomnio, temblores e hiperestesia. Con dosis mayores se producen convulsiones focales y generalizadas.

La ingestión de 85 a 250 mg de cafeína, cantidad contenida en 1 a 3 tazas de café, produce un aumento de la capacidad para el esfuerzo intelectual sostenido y disminuye el tiempo de reacción. Sin embargo, pueden verse afectadas las tareas que impliquen coordinación muscular fina y tiempo preciso o las habilidades aritméticas. Tiene acción sobre el sistema circulatorio, produciendo disminución de la resistencia vascular periférica, a veces estimulación cardíaca poderosa, aumento de la perfusión de la mayoría de los órganos y aumento de la diuresis.

La cafeína es la sustancia psicoactiva más ampliamente ingerida en el mundo. No solo se encuentra en el café sino también en el mate, té, cacao y en alimentos como el chocolate. Es uno de los componentes no nutritivos común en las bebidas y dietas de los

deportistas y ahora se encuentra en las bebidas energéticas. (Ballistreri & Corradi-Webster, El uso de bebidas energizantes en estudiantes de educación física. , 2006)

La intoxicación fatal por cafeína es muy rara, pero pueden observarse reacciones indeseable después de la ingestión de 1 gr. (12 tazas de café). Estas se refieren principalmente a los efectos sobre el [SNC] y circulatorio. Los síntomas tempranos son insomnio, intranquilidad, excitación, pudiendo progresar a delirio y convulsiones. Los músculos se vuelven tensos y temblorosos, la taquicardia y las extrasístoles son mucho más frecuentes.

Puede desarrollarse cierto grado de dependencia física después de la ingestión diaria de más de 400 a 600 mg. de cafeína durante 1 a 2 semanas. La cefalea es el síntoma más característico de la supresión de la cafeína. También son comunes fatiga, letargo y cierta ansiedad. Estos síntomas aparecen dentro de las 12 a 24 horas después de la suspensión del consumo prolongado de cafeína (2 a 7 días) (Goodman & Gilman, pág. 448).

Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alucinógenos (F16)

En su mayoría son derivados de origen vegetal que causan alteraciones profundas en la percepción de la realidad, caracterizadas fundamentalmente por alucinaciones más o menos complejas y elaboradas. Bajo la influencia de los alucinógenos, las personas ven imágenes, oyen sonidos y sienten sensaciones que parecen reales pero que no existen. (Mosquera González & Galdós Anuncibay, 2007)

El rasgo que distingue a estos agentes psicodélicos de otra clase de drogas es su capacidad de inducir estados de percepción, pensamiento y sensaciones alterados que no pueden experimentarse de otra manera, excepto en los sueños o a veces en éxtasis religioso. (Goodman & Gilman, pág. 542)

En farmacología, para denominarlos se utilizan indistintamente el término de alucinógenos, psicomiméticos, psicodislépticos o psicodélicos. Los alucinógenos se pueden clasificar en función de su estructura química y de su similitud con determinados neurotransmisores:

INDOLALQUILAMINAS Y OTROS DERIVADOS INDÓLICOS
LSD (lisergida, dietilamida del ácido lisérgico o LSD-25)
Psilocibina y psilocina
DMT o dimetil triptamina y DET o dietiltriptamina (sintético)
Ibogaina
Alcaloides de la harmala: Harmina, harmalina, harmalol
Bufotenina o N-dimetilserotonina.
SUSTANCIAS RELACIONADAS ESTRUCTURALMENTE CON LAS FENILETILAMINAS.
Mescalina
Elemicina y miristicina
Metoxianfetaminas
ANTICOLINÉRGICOS Y COLINÉRGICOS
Atropina
Escopolamina
Muscarina, ácido iboténico y el muscimol.
ARILHEXILAMINAS (ARILCICLOALQUILAMINAS)
Fenciclidina
Ketamina
OTROS
Derivados de la Cannabis Sativa
Opiáceos

Figura 9. Clasificación de los alucinógenos o drogas psicodélicas.

El producto alucinógeno prototípico y mejor estudiado es la lisergida, dietilamida del ácido lisérgico, [LSD-25] o [LSD]. Es el compuesto de referencia para el estudio de los efectos farmacológicos de los alucinógenos.

El descubrimiento de las propiedades psicodislépticas de la dietilamida del ácido lisérgico [LSD] fue hecho casualmente por Albert Hofmann, un investigador de los Laboratorios  **SANDOZ** que luego, en 1938, sintetizó junto con otros ergoderivados o derivados de alcaloides del cornezuelo del centeno. Por tratarse del número 25 de una serie recibió el nombre de [LSD] 25 (Lysergsäure Diethylamid 25).

Aunque el [LSD] se absorbe bien por cualquier vía, la habitual es la oral. Se metaboliza por hidroxilación y se conjuga a nivel hepático. Del total ingerido, solo una pequeña cantidad alcanza el cerebro. Sin embargo, por ser un compuesto muy potente, bastan dosis muy bajas para producir síntomas psicodislépticos. Su semivida es de 1.7 horas. A pesar de ello, sus efectos aparecen al cabo de unos 30-90 minutos, tienen su máximo unas 3-5 horas después. (Solé Puig, 2003)

Los efectos sobre las neuronas que parecen compartir los alucinógenos se centran en dos regiones encefálicas: el locus coeruleus y el córtex:

[...] en estas y otras regiones cerebrales parece haberse probado que los alucinógenos producen sus efectos electrofisiológicos, los potenciales evocados principalmente, efectos bioquímicos y conductuales actuando como agonistas parciales de los receptores [5-HT₂], especialmente los receptores [5-HT_{2A}]. (pág. 186)

Ninguna otra droga tiene efectos tan imprevisibles como estas y entre aquellos que las personas manifiestan como deseables o agradables está la vivencia de novedad o revelación subjetivamente cargada de significado que les produce observar objetos corriente y cuando cierran los ojos tienen visiones caleidoscópicas de colores en movimiento con la sensación de identificar colores jamás vistos. Incluso podrían aparecer sinestesias tales como ver un sonido o sentir el perfume de un olor. Parecería que todo estaría íntimamente relacionado con el contexto en el que se da, con las expectativas y las características previas de personalidad del que las consume. (pág. 188)

Una dosis de 0,2 mg. por vía oral es suficiente al principio para provocar un episodio o viaje ("*trip*") psicodélico de 30-60 minutos de duración, aunque a veces puede durar más horas. Como riesgos ante el consumo o "mal viaje", "*bad trip*", se presentan las crisis de ansiedad relativamente frecuentes, de gran intensidad, acompañadas de sentimientos de extrañamiento de la realidad y despersonalización o pérdida de la identidad. Estos efectos pueden ceder a la intervención verbal tranquilizadora de un interlocutor. Es el "*talk down*", razón por la cual, los usuarios requieren siempre de compañeros experimentados para realizar el "viaje". A veces, se presentan como psicosis francas, con alucinaciones verdaderas, acompañadas de desorientación y confusión. Suelen remitir en 8 a 12 horas sin necesidad de tratamiento específico. Si bien el [LSD]

no fomenta conductas violentas y sus efectos sobre el comportamiento se traducen más bien en disminución de la agresividad, durante el viaje se reduce la capacidad de realizar juicios críticos sobre el alcance de los propios actos. De allí que pueden ocurrir casos de suicidio en el curso de fantasías de omnipotencia o de trascendencia del universo humano, así como homicidios por sujetos que habían ingerido previamente esta droga. (Bobes García & Saíz Martínez)

En cuanto a síntomas somáticos, después de repetidas dosis orales de 0,2 mg. pueden aparecer efectos de naturaleza simpaticomimética, como dilatación pupilar, aumento de la presión arterial, taquicardia, hiperreflexia, temblor, náuseas, piloerección, debilidad muscular y aumento de la temperatura corporal. (Goodman & Gilman, pág. 543)

El usuario de [LSD] desarrolla un alto grado de tolerancia a los efectos del mismo después de tres o cuatro dosis diarias; la sensibilidad se recupera después de un intervalo comparable libre de la ingesta de la droga. En general, estas drogas no originan patrones de uso repetitivo por períodos prolongados. El patrón más común de uso de los alucinógenos es el del "viaje ocasional", separado por semanas, incluso meses, durante los cuales puede consumir marihuana con una frecuencia variable. Una dosis alta en una persona que no haya tolerancia puede producir una psicosis aguda, con delirios, midriasis y convulsiones. (Mosquera González & Galdós Anuncibay, 2007)

Otra droga prototípica de las drogas psicodélicas es la mescalina, que se relaciona estructuralmente con las feniletilaminas. Es el alcaloide principal del cactus peyote y presenta unos efectos comparables a los del [LSD], en los que predominan las acciones simpaticomiméticas. Dentro del mismo grupo de alucinógenos que el [LSD] (indolalquilaminas y otros derivados indólicos), se encuentran la psilocibina y la psilocina, principios activos de diversos hongos mexicanos (del género *Psilocibe*, *Stropharia* y *Paneolus*), que fueron empleados en ceremonias rituales aztecas de carácter religioso. Sus efectos son parecidos a las drogas anteriores.

La expresión "drogas de diseño" se refiere a un conjunto de nuevas drogas de abuso, obtenidas con fines recreativos diseñados y elaborados clandestinamente a partir de los años 60, para escapar de restricciones legales.

Existen alucinógenos sintéticos, derivados de [...] la anfetamina, como [DOM] o dimetoxi-metil-anfetamina; [MDA] o metileno-dioxi-anfetamina y [MDMA] o metileno-dioxi-metanfetamina que producen estados alucinatorios parecidos a los que provoca el [LSD] pero de menor duración. [...] (pág. 128)

La [MDMA] conocida como "éxtasis", es la más importante por lo extendido de su uso, y por las investigaciones realizadas para conocer su fármaco-toxicología. Es una base sintética derivada de la feniletilamina y relacionada estructuralmente con la sustancia estimulante psicomotora anfetamina y la sustancia alucinógena mescalina, compartiendo propiedades de ambos compuestos. Se absorbe muy bien por todas las vías de administración, atraviesa bien las barreras orgánicas por su liposolubilidad y especialmente la barrera hematoencefálica, de ahí sus efectos sobre [SNC].

El efecto de la [MDMA] más reconocido por quienes la utilizan es la capacidad de inducir un determinado estado emocional, la empatía, con una participación afectiva caracterizada por el reconocimiento intelectual y emocional de los pensamientos, sentimientos y comportamientos del otro. Esta sensación parece estar condicionada por dos factores: edad y frecuencia de administración de la droga. Tiene un elevado potencial de abuso dado la capacidad de producir una intensa sensación de bienestar y euforia. (Lorenzo Fernández & Lizasoain Henández, Características farmacológicas de las drogas recreativas (MDMA y otras anfetaminas, Ketamina, GHB, LSD y otros alucinógenos), 2003, pág. 55)

Los efectos de la estimulación simpática son taquicardia, arritmias, hipertensión y efectos neurológicos y psíquicos tales como midriasis, piloerección, hipertermia, temblores, parestesias, hiperreflexia, bruxismo, insomnio y anorexia por activación adrenérgica y serotoninérgica.

En cuanto a las alteraciones perceptivas, las más importantes son de la percepción visual, visión borrosa, cromatismo visual, de la percepción temporal y de la percepción táctil, que algunos autores denominan efectos alucinatorios, a pesar de que en la alucinación hay una percepción sin objeto real. (pág. 57)

Los efectos tóxicos agudos más relevantes, aunque de intensidad variada son hipertensión arterial, arritmias cardíacas, asistolias, colapso cardiovascular, insuficiencia renal aguda, cuadros de espasticidad muscular, convulsiones así como manifestaciones de hepatotoxicidad e hipertermia.

Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de tabaco (F17)

¹³

Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de disolventes volátiles (F18)

El *National Institute on Drug Abuse* [NIDA], del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos en un artículo sobre el abuso de inhalantes manifiesta:

Los inhalantes son sustancias volátiles que producen vapores químicos que se pueden inhalar para provocar efectos psicoactivos o de alteración mental. Si bien hay otras sustancias de abuso que se pueden inhalar, el término "inhalantes" se utiliza para describir una variedad de sustancias cuya característica principal es que rara vez, o nunca, son usadas por otra vía que no sea la de la inhalación. Esta definición abarca una amplia gama de sustancias químicas que pueden tener diversos efectos farmacológicos y que se encuentran en cientos de productos diferentes. Como resultado, es difícil lograr una clasificación precisa de los inhalantes. Uno de los sistemas de clasificación establece cuatro categorías generales de inhalantes basándose en las formas más comunes en que estos se encuentran en los productos domésticos, industriales y médicos. Estas cuatro categorías son: disolventes volátiles, aerosoles, gases y nitritos. (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2010)

Los disolventes volátiles se encuentran en una variedad de productos económicos que se pueden obtener fácilmente y que son de uso común doméstico e industrial. Estos incluyen los diluyentes y removedores de pinturas, líquidos para lavado en seco, quitamanchas, gasolinas, pegamentos, correctores líquidos y marcadores con punta de fieltro. En su mayoría provienen del grupo de los hidrocarburos aromáticos o alifáticos, siendo algunas de estas sustancias el benceno, el tolueno, la acetona, el tricloroetano, el

¹³No se desarrolla por no ser una sustancia objeto de la investigación

alcohol isopropílico entre otros. (Mosquera González & Galdós Anuncibay, 2007, pág. 129)

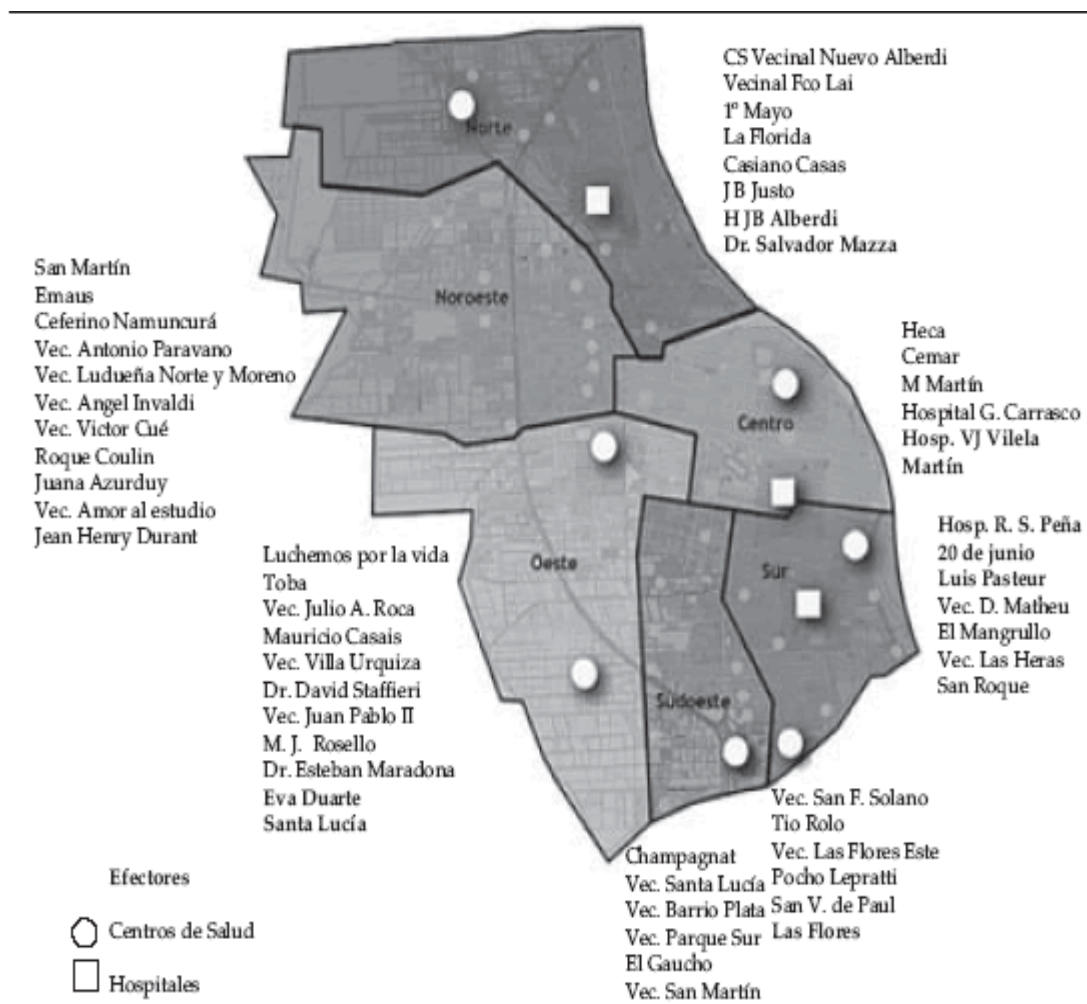
Generalmente, son inhaladas desde una bolsa de plástico, o directamente desde la botella que contiene el líquido volátil. Se absorben rápidamente por vía pulmonar y llegan en segundos al cerebro, produciendo una modificación del estado mental que puede durar entre cinco a quince minutos. Son depresoras del sistema nervioso central, incluso en dosis pequeñas pueden producir intoxicaciones semejantes a la alcohólica, acompañada de distorsiones sensoriales. Esto puede llevar a conductas peligrosas para el usuario o para quienes lo rodean. En dosis mayores, inducen sueño y anestesia pudiendo el uso regular de inhalantes producir tolerancia y dependencia.

Existen muchas razones que hacen a los inhalantes la droga preferida por los niños. El bajo costo los pone al alcance de los sujetos con más pobres ingresos Su fácil disponibilidad en las tiendas o supermercados, ofrece una venta inmediata y sin ninguna restricción legal, además, vienen empaquetados en forma sencilla y práctica, lo que evita sofisticados manejos para su administración. De allí la importancia social de los inhalantes ya que habitualmente es la primer droga en ser consumida y a edades muy tempranas.

F19- Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiple drogas o sustancias psicoactivas¹⁴

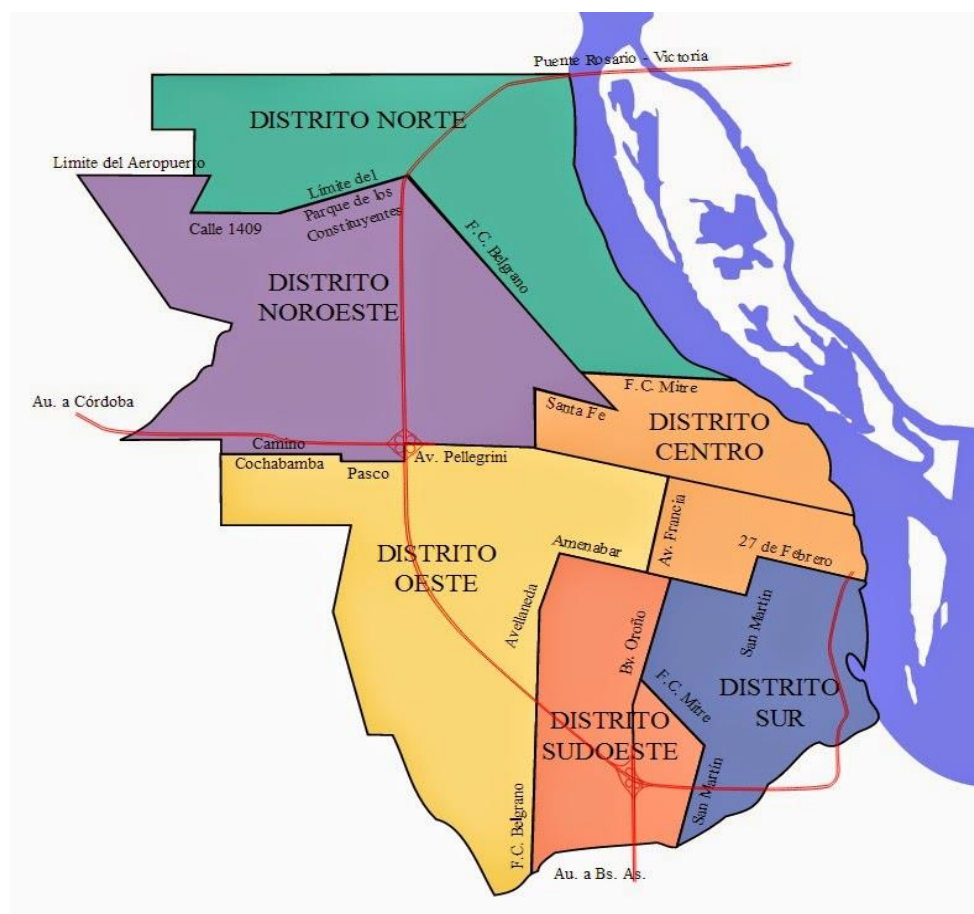
¹⁴No se desarrollan ya que las sustancias psicoactivas que pueden estar contenidas bajo este código fueron descritas anteriormente

Anexo II: RED DE EFECTORES DE SALUD DE ROSARIO



Nota: Recuperado de <http://www.scielo.org.ar> (Sguassero, Carroli, Duarte, & Redondo, 2007)

Anexo III: DISTRITOS EN QUE ESTÁ DIVIDIDA LA CIUDAD DE ROSARIO



DISTRITO CENTRO: "ANTONIO BERNI"

DISTRITO NORTE "VILLA HORTENSIA"

DISTRITO NOROESTE "OLGA Y LETICIA COSSETTINI"

DISTRITO OESTE "FELIPE MORÉ"

DISTRITO SUDOESTE "EMILIA BERTOLÉ"

DISTRITO SUR "ROSITA ZIPEROVICH"

Nota: Recuperado de www.rosario.gov.ar

Anexo IV: PLANILLAS DE ADMISIÓN

Anexo IV - 1: PLANILLAS DE ADMISIÓN HOSPITAL "JUAN BAUTISTA ALBERDI"

IV - 1.1: ANVERSO



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO
Secretaría de Salud Pública
Hospital "Juan Bautista Alberdi"

PLANILLA DE GUARDIA

Apellido y Nombre:		N° Atención:	
D.N.I.:	Fecha Nac.:/...../.....	Sexo: F ☐ M ☐	Fecha:/...../.....
Domicilio: Teléfono:		Trae documento:	
Localidad: Código Postal:	Si ☐ No ☐		
Obra social: N° Afiliado:	Carnet de H. Cl:		
Historia Clínica Red N°: Historia Clínica:	Si ☐ No ☐		
Viene Acompañado por:			

Hora de atención:

MOTIVO DE LA CONSULTA		
☐ Alteración del sensorio.	☐ Enterorragia.	☐ Palpitaciones.
☐ Cefalea.	☐ Espistaxis.	☐ Paro cardio-respiratorio.
☐ Contactos Tóxicos	☐ Fiebre.	☐ Pérdida de conocimiento-síncope.
☐ Control de signos vitales.	☐ Ginecorragia.	☐ Pérdida de fuerzas.
☐ Control del post-operatorio.	☐ Hematemesis.	☐ Proctorragia.
☐ Convulsiones.	☐ Hematuria.	☐ Reacción vivencial anómala.
☐ Diarrea.	☐ Hemoptisis.	☐ Síntomas urinarios bajos.
☐ Disnea.	☐ Hemorragia.	☐ Sudoración.
☐ Dolor abdominal.	☐ Inestabilidad en la marcha.	☐ Tos y expectoración.
☐ Dolor articular.	☐ Ingesta de medicamentos.	☐ Traumatismo.
☐ Dolor cervical.	☐ Inhalación Tóxicos.	☐ Vómitos.
☐ Dolor de garganta.	☐ Ingesta de tóxicos.	
☐ Dolor lumbar.	☐ Lesiones en la piel	
☐ Dolor pélvico.	☐ Mareos y vértigo.	☐ Otros.
☐ Dolor perineal.	☐ Melenas.	Detallar:
☐ Dolor testicular.	☐ Migrañas.	
☐ Dolor Torácico.	☐ Náuseas.	
☐ Edemas.	☐ Palidez.	

TRAUMA											
Sin lesión aparente ☐											
TIPO DE LESIÓN											
Dolor	Cara	Cráneo	Cuello	Tórax	Abdomen	Genit.	Pelvis	Glúteos	Raquis	MMSS	MMII
Deformación											
Contusión / Hematoma											
Pérdida movilidad											
Pérdida Sensibilidad											
Laceración / abrasión											
Herida cortante / penetr.											
Trauma cerrado											
Luxación / Esguince											
Fractura											
Amputación											
Hemorragia											
Porcentaje	A	%									
Quemadura	B	%									
	C	%									
OTROS											

☐ Ingresó óbito.

☐ No responde al llamado.

☐

ANTECEDENTES

☐ A. C. V.

☐ Alergia.

☐ Arritmia.

☐ Cardiopatía isquémica.

☐ Cirugía.

☐ Convulsiones.

☐ Diabetes.

☐ Drogas.

☐ E. P. O. C.

☐ Etismo.

☐ H. I. V.

☐ Hipertensión arterial.

☐ Insuficiencia cardíaca.

☐ Insuficiencia renal.

☐ Psiquiatría.

☐ Tabaquismo.

☐ Valvulop.

☐ Dislipidemia

☐ Otros.

IN 2009 - Frente

Avda. Puccio 575 - 2000 Rosario - Tel.: (0341) 480 6177 - E-mail: hospitlalberdi@rosario.gov.ar

Anexo IV - 1: PLANILLAS DE ADMISIÓN HOSPITAL "JUAN BAUTISTA ALBERDI"

IV - 1.2: REVERSO

PARÁMETROS VITALES								
	Tens. Art.	Frec. Card.	Frec. Resp.	Lleno Capilar	A.V.D.I.	Sd: Glasgow	Oxim. de Pulso	Temperatura
Al Ingreso								
Post resucitación								

Enfermedad actual y Examen físico:

Indicaciones Médicas:

PROCEDIMIENTOS

☐ Antibióticos	☐ Drenaje pleural	☐ Nebulización	☐ Ventilación mecánica
☐ Antitétanica	☐ Electrocardiograma	☐ Pericardiocentesis	☐ Via aérea avanzada
☐ Aparato de Braun	☐ Extracción cuerpo extraño	☐ R.C.P.	☐ Via aérea básica
☐ Canalización venosa	☐ Férula de yeso	☐ Sonda nasogástrica	☐ Via aérea quirúrgica
☐ Cardioversión	☐ Inmovilización con yeso	☐ Sonda vesical	☐ Via venosa central
☐ Catéter abdominal	☐ Medicación específica	☐ Sutura de heridas	☐ Via venosa periférica
☐ Collar cervical	☐ Medicación sintomática	☐ Tabla larga	☐ Otros
☐ Curación de heridas	☐ Monitoreo cardíaco	☐ Vendaje	☐ Ninguno

LABORATORIO

☐ Hemograma	☐ Granúlex	☐ Fosfatasa alcalina	☐ E.A.B.
☐ Glicemia	☐ V.E.S.	☐ Colinesterasas	☐ T.P./K.P.T.T.
☐ Uremia	☐ Bilirrubina	☐ Amilasemia	☐ Tipificación ABO y Rh
☐ Ionograma	☐ G.O.T.	☐ C.P.K.	☐ Dosaje de psicofármacos
☐ Orina completa	☐ T.G.P.	☐ L.D.H.	☐ Otros

RADIOLOGÍA

☐ Cráneo / Cara	☐ Pelvis	☐ Cadera	☐ Abdomen	☐ Cráneo
☐ Columna cervical	☐ Hombro	☐ Muslo	☐ Ginecológica	☐ Cuello
☐ Columna dorsal	☐ Brazo	☐ Rodilla	☐ Renal	☐ Columna vertebral
☐ Columna lumbosacra	☐ Codo	☐ Pierna	☐ Testicular	☐ Tórax
☐ Tórax	☐ Antebrazo	☐ Tobillo / Pie	☐ Tórax	☐ Abdomen
☐ Abdomen	☐ Muñeca / Mano	☐ Otros	☐ Partes blandas	☐ Pelvis

ECOGRAFÍA

TOMOGRAFÍA

INTERCONSULTAS

Servicio	Día	Hora	Servicio	Día	Hora
CARDIOLOGÍA			O.R.L.		
GINECOLOGÍA			NEUROLOGÍA		
UROLOGÍA			DERMATOLOGÍA		
OFTALMOLOGÍA			NEUMONOLOGÍA		
PSICOLOGÍA			REUMATOLOGÍA		
TOXICOLOGÍA			INFECTOLOGÍA		
TRAUMATOLOGÍA					

DIAGNÓSTICO

Principal:

.....

.....

.....

Destino ☐ Ambulatorio ☐ Fuga ☐ Ausente

☐ Internación ☐ Derivado ☐ Otro

☐ Sala Tránsito ☐ Morgue

Fecha y Hora egreso: / / Hs.

Firma, sello y Matr. Profesional:

Anexo IV - 2: PLANILLAS DE ADMISIÓN HOSPITAL "ROQUE SAÉNZ PEÑA"

[illegible]

Anexo IV - 3: PLANILLAS DE ADMISIÓN HOSPITAL "INTENDENTE GABRIEL CARRASCO"

IV - 3.1: HOJA UNICA DE REGISTRO-DESTINO – ANVERSO

[illegible]

[illegible][illegible]

Anexo IV - 3: PLANILLAS DE ADMISIÓN HOSPITAL "INTENDENTE GABRIEL CARRASCO"

IV - 3.3: AREA EMERGENCIA PRIMARIA – ANVERSO

HIC Hospital Intendente Carrasco	A.E.P. Área de Emergencia Primaria	 MUNICIPALIDAD DE ROSARIO
--	--	------------------------------

Trae documento: SI ☐ NO ☐

Centro de Salud: Teléfono:

Familiar Responsable: Tel.:

MOTIVO DE LA CONSULTA		
☐ Alteración del sensorio. ☐ Cefalea. ☐ Contactos Tóxicos ☐ Control de signos vitales. ☐ Control del post-operatorio. ☐ Convulsiones. ☐ Diarrea. ☐ Disnea. ☐ Dolor abdominal. ☐ Dolor articular. ☐ Dolor cervical. ☐ Dolor de garganta. ☐ Dolor lumbar. ☐ Dolor pélvico. ☐ Dolor perineal. ☐ Dolor testicular. ☐ Dolor Torácico. ☐ Edemas.	☐ Enterorragia. ☐ Espistaxis. ☐ Fiebre. ☐ Ginecorragia. ☐ Hematemesis. ☐ Hematuria. ☐ Hemoptisis. ☐ Hemorragia. ☐ Inestabilidad en la marcha. ☐ Ingesta de medicamentos. ☐ Inhalación Tóxicos. ☐ Ingesta de tóxicos. ☐ Lesiones en la piel ☐ Mareos y vértigo. ☐ Melena. ☐ Mialgias. ☐ Náuseas. ☐ Palidez.	☐ Palpitaciones. ☐ Paro cardio-respiratorio. ☐ Pérdida de conocimiento-síncope. ☐ Pérdida de fuerzas. ☐ Proctorragia. ☐ Reacción vivencial anómala. ☐ Síntomas urinarios bajos. ☐ Sudoración. ☐ Tos y expectoración. ☐ Traumatismo ☐ Vómitos.
☐ Ingresa óbito. ☐ No responde al llamado. ☐ Otros. Detallar:		

TRAUMA	ANTECEDENTES										
Sin lesión aparente ☐ TIPO DE LESIÓN Dolor Deformación Contusión / Hematoma Pérdida movilidad Pérdida Sensibilidad Laceración / abrasión Herida cortante / penetr. Trauma cerrado Luxación / Esguince Fractura Amputación Hemorragia	☐ Etismo. ☐ H.I.V. ☐ Hipertensión arterial. ☐ Insuficiencia cardíaca. ☐ Insuficiencia renal. ☐ Psicopatía. ☐ Tabaquismo. ☐ Valvulop. ☐ Dislipidemia ☐ Otros. ☐ Ninguno de jerarquía.										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">Porcentaje</td> <td style="width: 10%;">A</td> <td style="width: 10%;">B</td> <td style="width: 10%;">C</td> <td style="width: 10%;">%</td> </tr> <tr> <td>Quemadura</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Porcentaje	A	B	C	%	Quemadura					DIAGNÓSTICO Principal: Secundario: Destino ☐ Ambulatorio ☐ Fuga ☐ Internación ☐ Morgue ☐ Derivado ☐ Ausente Firma y Matr. Prof. Actuante Fecha y Hora egreso:/...../..... Hs.
Porcentaje	A	B	C	%							
Quemadura											

IM 1904 - Frente

Anexo IV - 3: PLANILLAS DE ADMISIÓN HOSPITAL "INTENDENTE GABRIEL CARRASCO"

IV - 3.4: AREA EMERGENCIA PRIMARIA - REVERSO

PARÁMETROS VITALES								
	Tens. Art.	Frec. Card.	Frec. Resp.	Lleno Capilar	A.V.D.I.	Sc. Glasgow	Oxim. de Pulso	Temperatura
Al Ingreso								
Post resucitación								
Enfermedad actual y Examen físico:								
Indicaciones Médicas:								
PROCEDIMIENTOS								
☐ Antibióticos ☐ Drenaje pleural ☐ Nebulización ☐ Ventilación mecánica ☐ Antitétanica ☐ Electrocardiograma ☐ Pericardiocentesis ☐ Via aérea avanzada ☐ Aparato de Braun ☐ Extracción cuerpo extraño ☐ R.C.P. ☐ Via aérea básica ☐ Canalización venosa ☐ Férula de yeso ☐ Sonda nasogástrica ☐ Via aérea quirúrgica ☐ Cardioversión ☐ Inmovilización con yeso ☐ Sonda vesical ☐ Via venosa central ☐ Catéter abdominal ☐ Medicación específica ☐ Sutura de heridas ☐ Via venosa periférica ☐ Collar cervical ☐ Medicación sintomática ☐ Tabla larga ☐ Otros ☐ Curación de heridas ☐ Monitoreo cardíaco ☐ Vendaje ☐ Ninguno								
LABORATORIO								
☐ Hemograma ☐ Granvidex ☐ Fosfatasa alcalina ☐ E.A.B. ☐ Glicemia ☐ V.E.S. ☐ Colinesterasas ☐ T.P./K.P.T.T. ☐ Uremia ☐ Bilirrubina ☐ Amilasemia ☐ Tipificación ABO y Rh ☐ Ionograma ☐ G.O.T. ☐ C.P.K. ☐ Dosaje de psicofármacos ☐ Orina completa ☐ T.G.P. ☐ L.D.H. ☐ Otros								
RADIOLOGÍA ECOGRAFÍA TOMOGRAFÍA								
☐ Cráneo / Cara ☐ Codo ☐ Abdomen ☐ Cráneo ☐ Columna cervical ☐ Antebrazo ☐ Ginecológica ☐ Cuello ☐ Columna dorsal ☐ Muñeca / Mano ☐ Renal ☐ Columna vertebral ☐ Columna lumbosacra ☐ Cadera ☐ Testicular ☐ Tórax ☐ Tórax ☐ Muslo ☐ Tórax ☐ Abdomen ☐ Abdomen ☐ Rodilla ☐ Tórax ☐ Pelvis ☐ Pelvis ☐ Pierna ☐ Tórax ☐ Pelvis ☐ Hombro ☐ Tobillo / Pie ☐ Partes blandas ☐ Brazo ☐ Otros								
INTERCONSULTAS								
Servicio	Día	Hora	Servicio	Día	Hora			
CARDIOLOGÍA			O.R.L.					
GINECOLOGÍA			NEUROLOGÍA					
UROLOGÍA			DERMATOLOGÍA					
OFTALMOLOGÍA			NEUMONOLOGÍA					
PSICOLOGÍA			REUMATOLOGÍA					
TOXICOLOGÍA			INFECTOLOGÍA					
TRAUMATOLOGÍA								

Anexo VI: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento libre y esclarecido

Lo estamos invitando, a partir de este momento, a participar en una investigación denominada "*Evaluación del consumo de sustancias psicoactivas en la población que consulta a los Servicios de Guardia de hospitales del segundo nivel de la Red Municipal de Rosario y valoración cualitativa de la atención brindada por los profesionales enfermeros en dicho ámbito*". El propósito de este trabajo es valorar la frecuencia del consumo de sustancias psicoactivas que tienen los usuarios de dichos servicios e indagar sobre el cuidado que le brindan los profesionales enfermeros. Si decide participar se le realizará una entrevista con ejes temáticos lo que le llevará 60 minutos aproximadamente. La información que brinde es anónima, y será grabada evitando toda referencia personal. Por otra parte, se deja constancia que la participación en este estudio es voluntaria, que toda información personal que se obtenga será estrictamente confidencial y que su nombre no será revelado bajo ninguna circunstancia. También le informamos que el investigador responsable está en conocimiento de los alcances de la Ley 25.326 de Protección de Datos Personales, respecto de los datos que se averigüen durante esta investigación.

No hay riesgo ni posibilidad de daño por su colaboración en este estudio, y si Ud. decide participar, la información que nos brinde nos ayudará a optimizar el cuidado enfermero que se brinda a los usuarios de sustancias psicoactivas.

Le aclaramos que no está obligado a participar en este estudio si así no lo desea, que puede retirarse en cualquier momento sin necesidad de dar explicaciones y sin que ello afecte en nada su condición de trabajador.

Yo.....manifiesto que he sido informado de lo expresado más arriba y otorgo el consentimiento de participar voluntariamente en la investigación.

Firma y aclaración del participante.

Lic. Martha Ballistreri
Investigador responsable
TE 480-4579 (laboral)

Anexo VII: INFORMACION SOBRE REFERENTES EMPÍRICOS

Anexo VII - 1: INFORMACIÓN SOBRE REFERENTES EMPÍRICOS HOSPITAL "DR. JUAN BAUTISTA ALBERDI"

N° ENTREVISTA	SEXO	AÑO EN QUE SE ENTREVISTÓ	CODIGO O INICIAL	ESCUELA DE DONDE EGRESO	ENTREVISTA INDIVIDUAL (I) /GRUPAL(G)	NIVEL DE FORMACIÓN	FUNCION	ANTIGÜEDAD EN AÑOS	TURNO DE TRABAJO AL ENTREVISTAR
1	M	2009	AN	UNR	I	LICENCIADO	GESTIÓN	12	MAÑANA
2	F	2009	K	UNR	I	LICENCIADA	ASISTENCIAL	30	MAÑANA
3	F	2009	MI	UNR	I	LICENCIADA	ASISTENCIAL	28	MAÑANA
4	F	2009	L	UNR	I	ENFERMERA	ASISTENCIAL	4	MAÑANA
5	F	2010	K	UNR	G	LICENCIADA	ASISTENCIAL	31	MAÑANA
6	F	2010	I	UNR	G	LICENCIADA	GESTIÓN	30	MAÑANA
7	M	2010	D	E. PROVINCIAL	G	ENFERMERO	ASISTENCIAL	4	MAÑANA

Anexo VII - 2: INFORMACIÓN SOBRE REFERENTES EMPÍRICOS HOSPITAL "DR. ROQUE SAENZ PEÑA"

N° ENTREVISTA	SEXO	AÑO EN QUE SE ENTREVISTÓ	CODIGO INICIAL	ESCUELA DE DONDE EGRESO	ENTREVISTA INDIVIDUAL (I) /GRUPAL(G)	NIVEL DE FORMACIÓN	FUNCION AL MOMENTO ENTREVISTA	ANTIGÜEDAD EN LA PROFESIÓN	TURNO DE TRABAJO AL MOMENTO ENTREVISTA
8	F	2009	G	E. PCIAL	I	ENFERMERA	ASISTENCIAL	5	MAÑANA
9	M	2009	J	UNR	G	LICENCIADO	ASISTENCIAL	12	MAÑANA
10	F	2009	A	CRUZ ROJA	G	ENFERMERA	ASISTENCIAL	15	MAÑANA
11	M	2009	L	E. PCIAL	I	ENFERMERO	ASISTENCIAL	12	TARDE
12	F	2009	T	UNR	I	LICENCIADA	ASISTENCIAL	37	VESPERTINO
13	M	2009	M	E. PCIAL	I	ENFERMERO	ASISTENCIAL	13	VESPERTINO
14	M	2009	V	UNR	I	LICENCIADO	GESTIÓN	24	MAÑANA
15	F	2010	N	UNR	G	ENFERMERA	ASISTENCIAL	2	MAÑANA
16	M	2010	GO	UNR	G	ENFERMERO	ASISTENCIAL	3	TARDE
17	F	2010	R	UNR	G	ENFERMERA	ASISTENCIAL	3	TARDE
18	M	2010	V	UNR	G	LICENCIADO	GESTIÓN	25	MAÑANA

**Anexo VII - 3: INFORMACIÓN SOBRE REFERENTES EMPÍRICOS HOSPITAL
"INTENDENTE GABRIEL CARRASCO"**

N° ENTRE- VISTA	SEXO	AÑO ENTRE VISTA	CÓDI- GO O INI- CIAL	ESCUE LA DE LA QUE EGRE- SÓ	ENTREV. INDIVI- DUAL (I) GRUPAL (G)	NIVEL DE FORMA- CIÓN	FUNCIÓN	ANTIGÜE- DAD EN AÑOS	TURNO DE TRABAJO AL ENTREVIS- TAR
19	F	2009	MJ	UNR	I	ENFERMERA	ASISTENCI- AL	10	TARDE
20	F	2009	C	E. PCIAL	I	ENFERMERA	ASISTENCI- AL	11	TARDE
21	F	2009	S	UNR	I	LICENCIADA	GESTIÓN	24	MAÑANA
22	M	2009	W	UNR	I	ENFERMERO	ASISTENCI- AL	25	VESPERTI- NO
23	M	2009	O	UNR	I	ENFERMERO	ASISTENCI- AL	10	MAÑANA
24	M	2010	NA	E. PCIAL	G	ENFERMERO LEY	ASISTENCI- AL	26	MAÑANA
25	F	2010	NE	UNR	G	ENFERMERA	ASISTENCI- AL	18	MAÑANA
26	M	2010	O	UNR	G	ENFERMERO	ASISTENCI- AL	11	MAÑANA
27	F	2010	S	UNR	G	LICENCIADA	GESTIÓN	25	MAÑANA
28	F	2010	LI	UNR	G	LICENCIADA	ASISTENCI- AL	13	MAÑANA