

TESIS

“EL ANTES Y EL DESPUÉS DE LOS ABORDAJES DE CONSUMO PROBLEMÁTICO: Representaciones sociales, abordajes interdisciplinarios y acceso al derecho a la salud.”

Tesistas: FERNÁNDEZ, Melisa Daiana. Registro N°: 17.353
MARTINEZ, María Leonela. Registro N°: 17.374

Directora de Tesis: Magister Ruth Parola

Co- Director de Tesis: Licenciado Sergio Reynoso

TESIS:

“EL ANTES Y EL DESPUÉS DE LOS ABORDAJES DE CONSUMO
PROBLEMÁTICO:
Representaciones sociales, abordajes interdisciplinarios y acceso al derecho a la salud.”

ÍNDICE

Introducción.....	4
<i>Primera Parte</i>	
Capítulo 1: Marco Teórico.....	10
• uestión social.....	C 11
✓ iedad de consumo en el contexto neoliberal. Respuestas del Estado.....	So 12
✓ ltura del consumo.....	Cu 14
• representaciones sociales.....	Re 16
✓ ensión Social de las Representaciones.....	Di 18
✓ tructura y Funcionamiento de las Representaciones Sociales.....	Es 19
✓ representaciones sociales y su relación con el consumo problemático.....	Re 21
✓ uerza de los estereotipos.....	La 23
• Consumo problemático o Adicciones?.....	¿ 24
✓ jeto, sustancia y contexto.....	Su 28
✓ nsumo problemático.....	Co 29
✓ roducciones de subjetividad.....	Pr 30

•	Paradigma de la Complejidad	Pa 31
✓	Multicausalidad del consumo problemático.....	M 33
•	Modelos de Intervención	M 37
✓	Modelo ético-jurídico.....	M 37
✓	Modelo médico-sanitario.....	M 38
✓	Modelo psico-social.....	M 39
✓	Modelo socio-cultural.....	M 40
✓	Modelo geo-político estructural.....	M 43
✓	Modelo ético-social.....	M 43
✓	Modelo multidimensional.....	M 44
✓	Modelo de la promoción de la salud.....	M 45
•	Modelos de Asistencia	M 45
✓	Modelo de Abstinencia.....	El 45
✓	Modelo de Reducción de Daños.....	M 46
•	Práctica profesional e intervención profesional	Pr 47
•	Trabajo en Equipo e Interdisciplina	Tr 52
✓	Trabajo en Equipo.....	Tr 52
✓	Interdisciplina.....	Int 53
•	Perspectiva del actor	Pe 57

•	oría de Campo	Te 58
•	recho a la Salud	De 60
✓	pectos fundamentales del derecho a la salud.....	As 62
✓	plicación del principio de no discriminación al derecho a la salud.....	A 64
✓	vínculo entre el derecho a la salud y otros derechos humanos.....	EI 65
✓	derecho a la salud en las normas internacionales de derechos humanos.....	EI 66
✓	lsas ideas muy comunes acerca del derecho a la salud.....	Fa 66
•	lítica Pública de Salud en Argentina y Marco Legal	Po 67
✓	bordaje Institucional del Consumo Problemático en la Provincia de Mendoza.....	A 69
<u>Segunda Parte.</u>		
	Capítulo 2: Metodología	73
•	etodología Cualitativa	M 74
•	seño de investigación: no experimental	Di 74
•	po de estudio: exploratorio	Ti 74
•	ampos de Investigación	C 74
•	niverso y Muestra	U 75
•	blación	Po 75
•	cnica de investigación	Té 76
•	nálisis de Datos	A 76
	Capítulo 3: Análisis e Interpretación de datos	79

•	opiedad 1: Definición de consumo problemático	Pr 80
•	opiedad 2: Situaciones incluidas en el consumo problemático	Pr 81
•	opiedad 3: Factores influyentes en el consumo problemático	Pr 82
•	ategoría: Representaciones Sociales	C 82
•	opiedad 4: Abordaje de la situación de consumo problemático según profesionales y trabajo interdisciplinario	Pr 85
•	opiedad 5: Abordaje de la situación de consumo problemático según criterios institucionales	Pr 87
•	ategoría: Abordaje Interdisciplinario	C 89
•	opiedad 6: Acceso al tratamiento de salud	Pr 91
•	opiedad 7: Derecho a la salud	Pr 92
•	ategoría: Acceso al Derecho a la Salud	C 93
•	egoría Emergente: Profesiones en la Interdisciplina	Cat 96
	<u>Capítulo 4: Conclusión</u>	98
	Bibliografía	103
	Anexos	108

INTRODUCCIÓN

La temática de investigación surge motivada por las prácticas pre-profesionales de 5° año de la Licenciatura en Trabajo Social, realizadas en el Centro Preventivo y Asistencial en Adicciones (CPAA) de Luján de Cuyo, en el marco del Plan Provincial de Adicciones. Por el interés surgido en la temática y como antecedentes destacamos que durante los años 2.012 y 2.013 nos estuvimos capacitando en el tema a investigar, concurriendo a cursos sobre adicciones, jornadas de Salud Mental, congresos y las distintas propuestas de capacitación brindadas por el Ministerio de Salud de la Provincia.

A su vez, en nuestras últimas prácticas pre- profesionales hicimos hincapié en el trabajo del equipo interdisciplinario del CPAA, lo que nos impulsó a emprender el desafío de continuar en la misma línea de trabajo relacionando esto con una categoría fundamental para el Trabajo Social, las representaciones sociales.

Por ello incursionaremos sobre los equipos interdisciplinarios que forman parte de los diversos campos en los que se pueden presentar situaciones de consumo problemático, a fin de conocer como sus representaciones condicionan el abordaje de dichas situaciones y estas a su vez el acceso al derecho a la salud de los sujetos y su posterior tratamiento y recuperación; teniendo en cuenta la propia perspectiva de los profesionales y que el derecho de los pacientes al acceso a servicios de salud implica una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria.

Esta investigación pretende realizar un aporte a la intervención de aquellos profesionales que trabajan con la problemática del consumo, a fin de que sus representaciones no determinen el abordaje de las situaciones y por ende el acceso al derecho a la salud de los sujetos.

Como así también generar conocimiento y concientización en aquellos profesionales que no trabajan directamente con la problemática, para que, teniendo en cuenta la complejidad de la misma, no realicen abordajes arbitrarios basados en las representaciones, prejuicios, y/o creencias, sin conocer lo que ello implica para los sujetos que consumen.

Por ello es necesario pensar sobre la visión actual acerca del consumo en general y tener algunos elementos que nos permitan reflexionar sobre el contexto social en el que estamos insertos y del cual formamos parte además de construirlo.

La construcción histórica de la sociedad está atravesada por múltiples modos de producción. Cada uno con sus características particulares, es decir, que según el modo de producción y las relaciones sociales que de este se derivan, será la estructura social. Se considera que se han sucedido desde el nacimiento de la sociedad humana los siguientes modos de producción: el de la comunidad primitiva, el esclavista, el feudal, el capitalista y el comunista.

Así en las sociedades modernas, el capitalismo es una forma de organización social basada en la producción de mercancías, en la acumulación de riqueza en manos de particulares, y en la existencia de un mercado mundial integrado. El trabajo libre, asalariado y la propiedad privada de los medios de producción, son sus categorías básicas. Éstas expresan el divorcio del productor de sus instrumentos de trabajo y del producto de su trabajo; y la separación definitiva del capital/trabajo de la figura del trabajador. Se

caracteriza por un tipo de organización de la sociedad en su conjunto, en el que las relaciones sociales asumen la forma de relaciones entre los propietarios y no-propietarios de los medios de trabajo. Ésta es la principal diferencia respecto a otras formas de relaciones sociales - esclavistas o serviles - que la precedieron, ya que es dentro del capitalismo moderno donde esas relaciones se plantean como relaciones entre hombres libres e iguales. En la sociedad en la que prevalece ese tipo de vínculo social, el móvil central es la producción, la apropiación y la acumulación de riquezas.

El neoliberalismo es una política de ajuste en los países industrializados; aparece como una ideología triunfante y hegemónica que va a dictar los patrones rectores de la política económica de la mayoría de los gobiernos del mundo. Una serie de políticas de ajustes, exigidas por los organismos internacionales, son entonces implementadas en los países en vías de industrialización. Ello implicaba, a su vez, un intento de redefinir el papel de los estados nacionales y la inserción de las economías periféricas en el mercado mundial. Por lo tanto, el neoliberalismo es un modelo que entraña la articulación del actuar local y global. Y en tal articulación, también aparece como una ideología hegemónica que va a dictar las reglas de juego, y no sólo en el campo de la economía global, sino también a nivel de las realidades nacionales en el ámbito de lo político y lo social.

En este sentido aparece el consumo no solo como componente dinámico de la economía, sino también como patrón de establecimiento en las relaciones entre los sujetos y los sujetos con objetos. De esta manera vivimos en una sociedad consumista, como práctica permanente de conseguir objetos y renovarlos sistemáticamente.

“Consumo” etimológicamente significa extinguir, implica usar a alguien o a algo para el propio funcionamiento y que ese “algo” se agote en dicha operación. En estos momentos, es el inclusor social por excelencia, porque determina los modos de pertenecer y de hacer lazos con otros. Este consumo está referido a la acumulación de bienes, de objetos del mercado. Esta lógica del mercado es la que nos muestra la ilusión de “bienestar” al consumir estos objetos, cuando desde lo real esta acumulación aporta sólo “confort”.

Todo esto da como resultado una verdadera “Cultura del Consumo”, basada en un goce perpetuo producto de un proceso de diferentes épocas. Esto provoca un condicionamiento cultural muy fuerte que promueve lo que podemos llamar una época de “Individualismo”.

En relación a esto se pone en cuestión el consumo como problema y como aspecto estructurante de la sociedad, formando de esta manera parte de la cultura y producida como necesidad necesaria según la clasificación de Marx. Es decir como aquellas necesidades socialmente determinadas y consideradas como un subproducto de la sociedad capitalista, relacionadas a la capacidad del consumo.

Por ello, es de trascendental importancia abordar dicha problemática, para conocer su impacto en la sociedad moderna, pudiendo conceptualizar, reconocer que factores la componen, cuáles son los campos que intervienen en la problemática y qué tipo de respuestas existen hoy en día para enfrentarla.

El consumo problemático al ser leído generalmente como “el problema de las adicciones”, despierta en la sociedad diversas reacciones: impacta emocionalmente, produce temor, rechazo, angustia, curiosidad. Todos tenemos alguna opinión formada sobre el tema, fundada en preconceptos y representaciones sociales, que muchas veces

obstruyen el conocimiento real sobre el fenómeno desde una verdadera perspectiva social e histórica.

Es así, que nuestra investigación parte de los siguientes interrogantes:

- ✓ ¿Cómo las representaciones sociales de los equipos interdisciplinarios que trabajan en los campos de salud y educación, condicionan el abordaje de situaciones de consumo problemático?
- ✓ ¿Cómo las representaciones sociales y el abordaje de situaciones de consumo problemático determinan el acceso al derecho a la salud de los sujetos, desde la perspectiva de los profesionales?

Sin embargo para responder dichas preguntas, es necesario conocer:

- ¿Qué son las representaciones sociales?
- ¿Qué es la interdisciplina?
- ¿Que implica el derecho a la salud?
- ¿Cuál es la relación entre el consumo problemático y la cuestión social?
- ¿Cómo influye la cultura en el consumo problemático?
- ¿Cómo se aborda en la actualidad el consumo problemático en los ámbitos de la salud y educación?
- ¿Cómo influyen las representaciones sociales de los equipos interdisciplinarios en el abordaje de situaciones de consumo problemático?
- ¿Cómo impacta el abordaje de situaciones de consumo problemático en el acceso al derecho a la salud, desde la perspectiva de los profesionales?

A partir de estas preguntas, nos planteamos los objetivos de nuestra tesis de investigación.

El Objetivo General es:

“Conocer la influencia de las representaciones sociales de los equipos interdisciplinarios de los campos de salud y educación que pertenecen a los departamentos de Lujan de Cuyo, Las Heras y Capital, del Gran Mendoza, en el abordaje de situaciones de consumo problemático y cómo ésto condiciona el acceso al derecho a la salud de los sujetos, desde la perspectiva de los profesionales, durante los meses de Junio y Julio de 2.014.”

En cuanto a los objetivos específicos, nos planteamos los siguientes:

- Reconocer el impacto del consumo problemático en la sociedad actual como manifestación de la cuestión social en la vida cotidiana.
- Identificar los distintos tipos de intervención realizados por las instituciones de salud mental, con respecto al consumo problemático que se desarrollan en la actualidad.
- Conocer la representaciones sociales de los equipos interdisciplinarios acerca del consumo problemático.

- Indagar el abordaje en los campos de la salud y educación, sobre el consumo problemático.
- Analizar, desde la perspectiva de los equipos interdisciplinarios, el impacto de los abordajes en el acceso al derecho a la salud de los sujetos.
- Generar un aporte a los profesionales de Trabajo Social en relación a los abordajes de situaciones de consumo problemático.

En base a todo lo dicho, la anticipación de sentido de la investigación es que las representaciones sociales de los profesionales que forman parte de los equipos interdisciplinarios, que trabajan en los campos de salud y educación, son parte de la construcción del abordaje de situaciones de consumo problemático. Sin embargo, depende de la representación que se ponga en juego en la construcción del abordaje, se facilitará o no el acceso a la salud de los sujetos.

El trabajo se presenta dividido en dos partes.

En la primera parte se desarrolla una construcción teórica donde se encuentran los conceptos y categorías desde los cuales se encauza la investigación. Se hace hincapié en la cuestión social, representaciones sociales y consumo problemático. A su vez se pone énfasis en la intervención profesional, el trabajo en equipo y la interdisciplina y en la teoría de campo. Y por último, y no por eso menos importante, se profundiza en un punto indispensable para llevar a cabo la investigación: el derecho a la salud.

La Segunda parte comprende tres capítulos.

El capítulo segundo se enfoca en la metodología utilizada en la investigación, el tercer capítulo en el análisis e interpretación de los datos obtenidos y finalmente el último y cuarto capítulo expone la conclusión de la investigación, en la cual se cierra el trabajo y donde se pueden apreciar el cumplimiento de objetivos, la anticipación de sentido, los hallazgos de la investigación y la propuesta de trabajos futuros.

PRIMERA PARTE

CAPITULO 1

MARCO TEÓRICO

Cuestión social.

El presente marco teórico inicia, con una categoría considerada fundamental en la investigación. Se recuperara la importancia de la misma en la historia, su impacto en la sociedad y en el surgimiento de la profesión del Trabajo Social.

A su vez, consideramos que es básica a la hora de pensar en el consumoproblemático y su relación con las representaciones sociales.

La inminente expansión y triunfo de la economía capitalista en Europa, trajo consigo a América y el mundo la imposición del modelo liberal y el individualismo había vencido el capitalismo.

En Inglaterra a finales del siglo XVIII, este capitalismo da origen a una de las revoluciones que marcaron el inicio de una nueva era: La Revolución Industrial. Ésta es producida por la falta de mano de obra y la abundancia de materias primas, por la tanto, el proceso de realización del producto final era lento. Durante el siglo XVIII y principios del XIX la producción se había centrado, por lo general, en la fuerza del trabajo humano, pero la introducción de la máquina como elemento productivo, alteró profundamente esa situación y condujo al hombre a otra nueva, pues exigió que los obreros se concentraran en un único lugar de trabajo -la fábrica- y que el proceso productivo pasara de ser individual a colectivo, lo que significó división del trabajo y especialización productiva.

De esta manera crecía la economía, se inventaban nuevas máquinas, etc. Pero pronto la abundancia de máquinas provocó la falta de fuentes de trabajo para la mano de obra, es decir, empezó a crecer la cesantía. A esto hay que agregar que la revolución industrial tuvo sus efectos en el campo (revolución agrícola), por el proceso de industrialización, y que tuvo directa relación con el éxodo rural - urbano que se vivió en aquella época. Esto agregado a que los dueños de grandes industrias y grandes capitalistas abusaban de sus obreros, con bajas remuneraciones, sin seguridad social y largas jornadas laborales.

En este contexto las clases sociales que se desarrollaron fueron, por un lado la burguesía se consolidaba como la principal clase social de la época, la que tenía en su poder el capital para llevar a cabo una empresa y controlaba las industrias y fábricas. Por el contrario, en las clases bajas, los artesanos, campesinos y obreros, sometidos al trabajo industrial empezaron a formar una nueva clase social que pronto se empezaría a llamar “proletariado” o la clase obrera. Ellos al no tener capital se vieron obligados a vender su fuerza de trabajo en las industrias a cambio de un pago, un salario por aquella actividad.

Así surge la cuestión social a mediados del siglo XIX como consecuencia de los procesos industriales generados por el sistema capitalista. Esto se refiere a todas las injusticias que se cometían con la clase obrera y buscaba soluciones para frenar esta delicada situación social que vivían los trabajadores.

La "Cuestión Social"; según algunos autores, es definida como el conjunto de problemas sociales, económicos, culturales y de condiciones de vida que afectan a un determinado grupo humano en un tiempo dado, surgido concretamente a partir de la desigualdades sociales y económicas que emanaron a partir de la Revolución Industrial. Frente a este tipo de problemas, surgieron soluciones, tanto a nivel de gobierno como de diversas doctrinas, que pretendieron aportar su teoría a una situación que todavía en el día de hoy se manifiesta en la sociedad.

Siguiendo a Potyara Pereira¹ (Pereira, P. 2005), la cuestión social es un conflicto político determinado por las contradicciones entre el capital y el trabajo, y entre las fuerzas productivas y las relaciones de producción. Podemos observar una nueva coyuntura de la cuestión social, donde el factor determinante son las fuerzas productivas identificadas con el desarrollo de la maquinaria, el descubrimiento de nuevas tecnologías y las modificaciones en el proceso de trabajo.

Son estas innovaciones las que crearán contradicciones en el orden económico imperante forzando cambios en las relaciones de producción, esto se da en una verdadera revolución tecnológica.

La cuestión social es definida como una tensión entre capital y trabajo, donde diversas fuerzas sociales problematizan las manifestaciones de la misma, creando necesidades provenientes de la desigualdad entre clases sociales. Pero dentro de estas existen manifestaciones tradicionales como son el trabajo informal, desempleo, falta de ingresos económicos, analfabetismo, pobreza estructural; a las que se añaden nuevas manifestaciones como problemáticas de etnia, adicciones, violencia intrafamiliar, inseguridad, falta de servicios públicos, discriminación, violencia entre adolescentes, entre otras.

Los sujetos, siguiendo a Carlos Montaña² (Montaña, C. 2005), viven en un contexto de crisis del capital y proyecto neoliberal. El estado capitalista ingresa en una crisis luego del estado de bienestar, una crisis general, sistemática y estructural. La clase hegemónica desarrolla un proyecto neoliberal, ampliando la explotación, combatiendo al trabajo, reestructurando la producción, reformando al estado, reforzando al mercado y eliminando la Intervención social del estado.

Dentro de la cuestión social, se manifiestan problemáticas sociales que impactarán en la vida cotidiana de los sujetos. Las problemáticas sociales son entendidas como aquellas situaciones que afectan, desorganizan, desequilibran a un colectivo de sujetos, que se constituyen por y en una red de relaciones. Son situaciones que actúan como freno a la realización de la vida cotidiana de las familias. No tienen una única causa, sino que operan en una multicausalidad para su producción y una recursividad que las refuerza.

Las problemáticas sociales son siempre emergentes de una estructura socio-económica, cultural y política que se hacen presentes en lo acuciante y desencadenante, es decir, en necesidades y demandas que son expresiones de las manifestaciones de la cuestión social.³

Sociedad de consumo en el contexto neoliberal. Respuestas del Estado.

Las manifestaciones de la Cuestión Social forman parte de la estructura social argentina en tanto constituyen un cúmulo de desventajas que afectan a grandes segmentos de la sociedad y alteran significativamente sus condiciones de vida. De esta manera el escenario actual ha modificado sustancialmente las relaciones sociales. Entendemos que el Campo Problemático es la textura misma de la conflictividad que adquiere la Cuestión Social cuando se encarna en la vida cotidiana de los sujetos. Es el lugar donde se explicitan las trayectorias, que se manifiestan en demandas. Dichas trayectorias posibilitan

¹Pereyra, Potyara. “Cuestión Social, Servicio Social y Derechos de Ciudadanía”. Ed. Cortez. Año: 2005.

²Montaña, Carlos y otros. “Servicio Social Crítico: Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional”. Editorial Cortez. Año 2005.

³Kisnerman, Natalio. “Pensar el Trabajo Social”. Buenos Aires. Editorial Humanitas. Año 1998. Pág. 160-163.

comprender su complejidad, sobre todo cuando se incorporan al conocimiento la perspectiva histórica y la experiencia social. La visibilidad que adquieren esas marcas se van acrecentando por la magnitud y cantidad de las contradicciones cada vez más agudas de una sociedad.⁴

Carlos Montaña plantea el surgimiento de una nueva estrategia de legitimación del sistema capitalista: el proyecto neoliberal. Su fundamento es que la sociedad civil y el mercado no se rigen por principios de igualdad, por la “lógica de la democracia”, sino que su fundamento es cualitativo.⁵

Este fundamento convierte la igualdad frente al Estado en desigualdad: las personas se diferencian aquí por lo que poseen. Esto cambia la lógica estatal de la democracia por la “lógica de la competencia”, en la cual el individualismo del sistema capitalista lleva a que el triunfo de uno derive en el fracaso del otro. A su vez, en la sociedad civil se procesa la “lógica de la solidaridad”, donde los triunfadores del mercado ayudan a los fracasados de la disputa.

El liberalismo keynesiano se sustenta en el fortalecimiento de la demanda, de la capacidad de compra, de consumo de la población, y para esto es necesaria la intervención estatal como subsidio a la acumulación de capital, a la reproducción de la fuerza de trabajo y al consumo. Mientras tanto, el neoliberalismo contrariamente propone el fortalecimiento de la oferta, saturando el mercado de múltiples mercancías, el énfasis no está en el consumidor, sino en la producción, y este es el motivo por el cual la apuesta cae en la “defensa” de la libertad del mercado y no en la participación del Estado.

Para la estrategia neoliberal se opera primariamente una separación y autonomización radical entre las cuestiones políticas (aparato estatal o “primer sector”), las económicas (ámbito del mercado “segundo sector”) y las sociales (sociedad civil o “tercer sector”). Se busca la deseconomización de las relaciones políticas y la “despolitización” de los fenómenos tanto económicos como sociales, con esto se deriva la deshistorización del orden. Por otra parte, el neoliberalismo promueve el pasaje de las cuestiones económicas del Estado para el mercado, las cuestiones sociales se volcarían del Estado para el llamado “tercer sector”, manteniendo en el espacio estatal los procesos políticos formales y algún nivel de intervención social.

Así, el Estado tiene, por un lado, que proveer servicios que el mercado no puede ofrecer y por otro, el neoliberalismo quiere un Estado social mínimo, sin interferir en el control de la economía y en la vida social de las personas. Esta nueva estrategia neoliberal para la intervención social no estatal, se fundamenta en las supuestas crisis y escasez de los recursos estatales y en la recurrente afirmación de que existiría una “nueva cuestión social”.

En el contexto del Estado de Bienestar se ubica a la cuestión social como foco de políticas sociales, teniendo una respuesta política y no apenas represiva; mientras que con el neoliberalismo tiende a ser nuevamente externalizada del orden económico-político transferido para el ámbito inmediato e individual, para la esfera privada.

Los principios de solidaridad, universalidad e igualdad que sostenían las políticas del Estado de Bienestar, son sustituidos por los principios de focalización y de

⁴ Rozas Margarita. “La Intervención Profesional en relación con la Cuestión Social”. Buenos Aires. Editorial Espacio. Año 2001. Pág. 256-259

⁵ Montaña, Carlos. “Cuestión social y Tercer Sector”. Brasil. Editorial Cortez. Año 1998.

contributividad de las políticas sociales neoliberales. El nuevo trato de la cuestión social, por parte del Estado, significa la coexistencia de dos tipos de respuestas:

Precarización de las políticas sociales y de asistencia estatales: significa su continuidad, brindadas gratuitamente por el Estado, en un nivel marginal. Existe un doble proceso complementario de focalización (contra el principio de universalización) y descentralización de las políticas sociales. Y además, la transformación de los derechos de la ciudadanía en beneficios, en un proceso de asistencialización. Esto configura el tipo de respuesta del Estado frente a las diversas manifestaciones de la cuestión social, dirigido a las poblaciones más empobrecidas, el “ciudadano usuario.” Las políticas sociales son reducidas en cantidad, calidad y variabilidad.

Privatización: sigue dos caminos:

La remercantilización de los servicios sociales: son vendidos al consumidor como una nueva forma de apropiación de la plusvalía del trabajador. Se persigue la lógica del lucro y de la competencia. Esto conforma el tipo de cobertura empresarial de servicios sociales dirigidos a los ciudadanos plenamente “integrados”, el “ciudadano-cliente”.

La refilantropización de las repuestas dadas a la cuestión social. A medida que amplios sectores no quedarían cubiertos por la asistencia estatal y tampoco tendrían condiciones de acceso a los servicios privados, se transfiere a la órbita de la sociedad civil la iniciativa de asistir aquellos sectores mediante prácticas voluntarias, filantrópicas y caritativas, de ayuda mutua o autoayuda. Surge así el “tercer sector” atendiendo a la población “excluida”, un “casi ciudadano”. (Montaño, Carlos, 1998)

Cultura del consumo.

Dentro de la lógica neoliberal capitalista podemos reconocer a esta sociedad como una verdadera “Cultura del Consumo”, basada en un goce perpetuo producto de un proceso de diferentes épocas que provoca un condicionamiento cultural muy fuerte que promueve lo que podemos llamar una época de “Individualismo”; esto es, una moral que promueve sujetos con nociones más micro, que pueden “elegir libremente” y a la carta; hay un predominio de lo imaginario (lo que creo que es para mí) sobre lo simbólico (lo que significa para mí), de la imagen sobre la palabra.

A raíz de esto los objetos se valoran por el significado que tienen para el sujeto, si se acumulan dan bienestar, dan la promesa de satisfacción inmediata, tienen duración breve, son efímeros y tienen soportes identificatorios, es decir que tienen alguna forma de prestigio. Pero sobre todo tienen que ser capaces de relanzar la demanda y de anticiparse a la misma. Y que relance esta demanda justo antes de ser adquirido.

Para entender el consumo problemático, hay que tener en cuenta que las sustancias no son objetos que tengan una dinámica distinta y se encuentran enmarcadas en el mismo sistema capitalista. La lógica del mercado se invierte, pareciera que la oferta antecede la demanda, se ofertan desde el mercado “objetos” que quizá el sujeto nunca pensó que necesitaría. Ej.: celulares, ropa, autos, tranquilizantes, elementos electrónicos.

Otro de los elementos importantes para comprender la visión actual del consumo problemático es abrir la dimensión política, es entender que las adicciones atañen al mundo entero; somos una sociedad capitalista productora y constructora de adicciones; en este sentido, es muy común escuchar frases como “...fulano de tal cayó en las drogas...”, etc., lo que me permite externar el problema, es decir, sacarlo de mí. Lo cierto es que las

sustancias vienen de hace mucho tiempo. Por tal motivo, pensar en sacarla a un costado sería imposible, acaso una ingenuidad.

Decir que “la droga es mala”, hablar de “guerra contra las drogas” es darle a las sustancias características de “sujeto”, provocando una identificación, una clasificación y una enucleación (rodear, encapsular y/o expulsar).

Esta noción nace de un concepto defensivo, parte de entender que la sociedad “está bien” y el problema está afuera; es una noción facilista. Por lo tanto es un modelo de control que surge de términos militares (como “detección”, “lucha”, etc.) y presupone que la droga viene a distorsionar lo que está bien; por lo que se transforma en un problema social y mundial.

Es necesario abrir una tercera dimensión que es la personal, la subjetiva. En este sentido, asistimos a la llegada de una nueva subjetividad: la del “consumidor”. La carencia estructural del sujeto toma la forma de un vacío que puede ser llenado con diversos objetos de consumo que cubren todos los rubros (alcohol, sexo, drogas, hidratos de carbono pero también trabajo y actividad informática). Freud sostiene que en el centro del sujeto existe un malestar, y para paliarlo supone diferentes formas, puede ser el amor, la religión, la sublimación o los narcóticos, “quitapenas” como él los llama.

En fin, sostenemos que los objetos que consumimos tienen algunas características distintivas, de acuerdo al momento histórico y la etapa del capitalismo en que nos encontremos.

Por ello se observa que en la modernidad de los años 60 o 70, todo era más rígido, en cambio en la actualidad hay un relativismo, “todo depende del cristal con que se mire”, existen distintos criterios de verdad a diferencia de hace 30 o 40 años atrás, donde había más autoritarismo y absolutismo, donde predominaban frases como “esto es así y se acabó”.

A su vez, estamos en presencia de otro fenómeno actual que tiene que ver con los show mediáticos de la Televisión, que hoy en día tiene mucho peso, espacio de sobre estimulación; aparece el “zapping” (que me ofrece la posibilidad de ver todo y no ver nada, transforma mi atención en flotante y me permite deslizarme de una manera descentrada) y el “videoclip” (que económicamente es muy productivo porque vende, con una sobre estimulación de efectos visuales cuya función es el impacto y no el sentido).

En los años 60 y 70 surgen autores en todas las disciplinas que plantean que toda “la razón” es, en definitiva, una forma de dominio, por lo que debe ser rota; dando lugar a lo que podríamos llamar una “política del deseo”. Se comienza a “reivindicar el momento” y se rompe con la cultura occidental (con movimientos como “el hipismo”, París del 68, el rock, la libertad sexual) dando lugar a una verdadera “Revolución Cultural y Generacional”.

Es la época del “Gigantismo”, todo es grande. Se invierte el sentido de la tecnología y lleva a que el sujeto pierda el dominio del producto y sea dominado por él. Lo posmoderno es la consumación de una época basada en la tecnología y con un sujeto lábil, perdido en la tecnología (internet), descentrado.

En la actualidad, es decir la etapa globalizada del capitalismo, existe una única respuesta por la vía del “consumo”. Entre otras cosas la globalización implica que hay una respuesta para todo el mundo igual, para que todos puedan gozar de la misma manera.

Otra de las categorías centrales en la presente investigación son las representaciones sociales. Por ello es necesario profundizar en ellas comenzando por un recorrido a partir de su surgimiento, pasando por la construcción de las mismas hasta su implicancia en el consumo problemático.

Representaciones sociales.

Para pensar al consumo problemático a lo largo de la historia, es necesario hacer hincapié en una categoría fundamental “Representaciones sociales”, que ha acompañado dicha manifestación de la cuestión social en todo momento. Por ello es uno de los ejes que se plantea profundizar en la presente investigación.

Para esto es necesario recuperar la noción de representación social desde la teoría de algunos autores importantes que nos ayudaran a pensar dicha categoría.

Durkheim en 1.898 establece la diferencia entre las representaciones individuales y las representaciones colectivas, argumentando que lo colectivo no puede ser reducido a lo individual. Es decir, que la conciencia colectiva trasciende a lo individual que puede ser visualizado en los mitos, la religión, las creencias y demás productos culturales colectivos. Para Durkheim, las representaciones colectivas son formas de conocimiento o ideación construidas socialmente y que no pueden explicarse como epifenómenos de la vida individual o recurriendo a una psicología individual.

Según Moscovici, el concepto de representación social difiere del de representación colectiva en que el primero tiene un carácter más dinámico. En opinión de este psicólogo social, las representaciones sociales no son sólo productos mentales sino que son construcciones simbólicas que se crean y recrean en el curso de las interacciones sociales; no tienen un carácter estático ni determinan inexorablemente las representaciones individuales. Son definidas como maneras específicas de entender y comunicar la realidad e influyen a la vez que son determinadas por las personas a través de sus interacciones. En opinión de Moscovici (1984) las representaciones colectivas son mecanismos explicativos que se refieren a una clase general de ideas y creencias, mientras que las representaciones sociales son fenómenos que necesitan ser descriptos y explicados. El propio Moscovici las define como un "conjunto de conceptos, declaraciones y explicaciones originadas en la vida cotidiana en el curso de las comunicaciones interindividuales. Equivalen, en nuestra sociedad, a los mitos y sistemas de creencias de las sociedades tradicionales; puede, incluso afirmarse que son la versión contemporánea del sentido común". Estas formas de pensar y crear la realidad social están constituidas por elementos de carácter simbólico, ya que no son sólo formas de adquirir y reproducir el conocimiento, sino que tienen la capacidad de dotar de sentido a la realidad social. Su finalidad es la de transformar lo desconocido en algo familiar. Este principio de carácter motivacional tiene, en opinión de Moscovici, un carácter universal. (Moscovici, 1984)

Por ello se entiende a las representaciones sociales como conjuntos dinámicos cuya característica es producir comportamientos y relaciones con el medio, modificando tanto al medio como al sujeto de la representación. En este sentido, las representaciones sociales son formas de *pensamiento constituido*, en la medida que constituyen productos socioculturales que intervienen en la vida social como estructuras preformadas que sirven como marco de interpretación; y al mismo tiempo formas de *pensamiento constituyente*, en el sentido que intervienen en la elaboración o conformación del objeto mismo que representan, y de esta forma, contribuyen a configurar la realidad social de la que forman parte, determinando en diversa medida sus efectos en la vida cotidiana. Esto permite

comprender las representaciones sociales como *procesos de construcción de realidad*. De esta forma, las representaciones sociales constituyen una construcción activa y dinámica del objeto representado; el sujeto de la representación se transforma así tanto en el autor como en el actor de su propia construcción.

Toda representación es una representación de algo y de alguien. Cada vez que se hace referencia a una representación, por tanto, nos encontraremos ante un objeto o *figura* en relación a un *significado* o sentido otorgado por el sujeto. Estos elementos se corresponden mutuamente y no pueden concebirse separadamente. Es decir, “este proceso significa que representar es hacer un equivalente, pero no en el sentido de una equivalencia fotográfica, sino que, un objeto se representa cuando esta mediado por una figura”⁶

Siguiendo lo anterior, entenderemos que una representación social *no es* una introyección de imágenes externas. Al hacerse referencia a imágenes, éstas se entenderán como figuras que gatillan una actividad especificante de la imaginación. Las representaciones sociales constituyen una construcción activa, más que la reproducción pasiva del objeto representado; en otras palabras, la representación social resulta de una actividad subjetiva o social en el intercambio entre lo percibido y el concepto.

Como ya se señaló anteriormente, el interés en las representaciones sociales apunta, no a las características de los ‘objetos reales percibidos’, sino a los conceptos construidos utilizando elementos descriptivos y simbólicos proporcionados por el grupo social de referencia y las normas implícitas y explícitas de la sociedad en que se está inserto. En este sentido, las representaciones sociales son autónomas en relación a los “objetos reales”.

Por ello, la posición social del sujeto de la representación resulta determinante. La estructura social define la entrada del sujeto en contextos conversacionales más específicos o habituales, a la vez que influyen sobre el tipo de experiencia que se establece en relación al objeto de la representación. De esta manera, se condiciona la relación al objeto así como la naturaleza del conocimiento que se alcanza sobre él. Al mismo tiempo, facilita la conformación de identidades individuales y sociales, produciendo los significados necesarios para una adecuada inserción y adaptación de individuos y grupos a su medio social, posibilitando al mismo tiempo su transformación.

Por otra parte, las representaciones sociales contribuyen a lograr que las personas acepten la realidad social instituida; facilitando una integración satisfactoria en la condición social correspondiente a su posición. En este sentido, las representaciones sociales contribuyen a la legitimación y fundación del orden social, tanto a nivel simbólico como práctico, en la medida que orientan comportamientos que se ajusten a la reproducción de las relaciones sociales determinadas o exigidas por el sistema social.

Al hablar de Representación Social, Jodelet sostiene que el mismo designa una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En el sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social. Las Representaciones Sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. En tanto que tales, presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos,

⁶Araya Umaña, S. “Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión”. En Cuaderno de Ciencias Sociales N° 127. FLACSO. Año 2002. Pág. 11.

las operaciones mentales y la lógica. La caracterización social de los contenidos o de los procesos de representación ha de referirse a las condiciones y a los contextos en los que surgen las representaciones, a las comunicaciones mediante las que circulan y a las funciones a las que sirven dentro de la interacción con el mundo y los demás”⁷

Tomando a Pierre Bourdieu, y su Teoría sobre los Campos, se puede decir que “los conjuntos de agentes sociales ubicados en posiciones cercanas en el campo social, poseen representaciones propias del mundo social, y además participan contribuyendo a la construcción de la visión de ese mundo y, por lo tanto, a la construcción de ese mundo por medio del trabajo de representación que efectúan para imponer su propia visión del mundo o la visión de su propia posición en ese mundo, de su identidad social”⁸

Las personas, entonces, conocen la realidad que les circunda mediante explicaciones que extraen de los procesos de comunicación y del pensamiento social. Estas explicaciones compartidas socialmente constituyen las representaciones sociales, es decir, “construcciones que sintetizan las explicaciones y en consecuencia hacen referencia a un tipo específico de conocimiento que juega un papel crucial sobre cómo la gente piensa y organiza su vida cotidiana: el conocimiento del sentido común”⁹

En conclusión, siguiendo a Kisnerman, entendemos que cualquier situación, sea o no problema, existe a través del lenguaje, de la conversación, del relato, o narración, o discurso. A través de ellos, desprendemos la significación co-construida por los actores implicados en esa situación y de las relaciones entre ellos; esto tiene que ver con las representaciones sociales.

Para objeto de esta investigación, tomaremos como Representaciones Sociales, aquellas que se construyen de las informaciones y conocimientos que recibimos y transmitimos, a través de la comunicación. Por esto, son un conocimiento socialmente elaborado y compartido que nos permite comprender e interpretar, actuar con sentido práctico, situarnos respecto a otros, asumir posiciones. Son sociales en la medida en que posibilitan la producción de ciertos procesos sociales, crean una visión compartida de la realidad, un marco de referencia común, un medio que posibilita las conversaciones cotidianas.

Las representaciones sociales, como las ideologías, contribuyen a legitimizar el orden social establecido. La representación es de un objeto, una situación en particular y siempre puede ser asignada a agentes sociales específicos. Son representaciones de algo y son construidas por alguien (grupo, persona, clase social). La ideología es más general, es como un dispositivo generador de juicios, percepciones, actitudes sobre objetos específicos, (pero no sobre uno en particular) lo que le permite intervenir en la construcción de las representaciones sociales.¹⁰

Dimensión Social de las Representaciones.

El conocimiento del sentido común es conocimiento social porque esta socialmente elaborado. El mismo incluye contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos que tienen

⁷ Jodelet, D. “La Representación Social: Fenómenos, Concepto y Teoría” en Moscovici, S. “Psicología Social II. Pensamiento y Vida Social, Psicología social y Problemas Sociales”. Editorial Paidós, Barcelona. Año 1986.

⁸ Bourdieu, Pierre. “Espacio Social y Génesis de las Clases”. En estudios sobre las culturas contemporáneas N° 7. Año 1989. Pág. 32-33.

⁹ Araya Umaña. Op. Cit. Pág. 11.

¹⁰ Kisnerman, Natalio. Op. Cit. Pág. 135- 139.

función no solo en ciertas orientaciones de las conductas de las personas en su vida cotidiana, sino también en las formas de organización y comunicación que poseen tanto en sus relaciones interindividuales como entre los grupos sociales en que se desarrolla. En estos sistemas cognitivos constituidos por las representaciones sociales es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. Como sostiene Araya Umaña, estos sistemas cognitivos se constituyen como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que los sujetos actúan en el mundo.¹¹

Moscovici plantea que el carácter social de una representación debe ser buscado en la función más que en el agente que la produce. En este sentido, lo social de una representación está dado por su contribución al proceso de formación de las conductas y de orientación de las comunicaciones sociales. Las representaciones son sociales en la medida en que facilitan la producción de ciertos procesos claramente sociales. Es en la medida en que crean una visión compartida de la realidad un marco referencial común, que las representaciones sociales hacen posible, entre otros muchos procesos sociales, el proceso de las conversaciones cotidianas.

El hecho de que las representaciones sociales sean colectivas, es decir, compartidas por conjuntos más o menos amplios de personas, impregna también su carácter social. Araya Umaña, en concordancia con la teoría de Moscovici, sostiene que existe una doble determinación social de las representaciones. Una determinación central o macro, que refiere a la cultura global de la sociedad en la que están insertos los grupos, los actores y las actrices sociales y otra determinación social, lateral o micro que refiere al grupo en particular en el cual se insertan las personas.¹²

Estas dos formas de determinación social no tienen sentido unidireccional. El proceso de constitución de las personas y las representaciones sociales se da en forma paralela con la constitución del mundo social, generando de este modo la construcción y reconstrucción permanente de su propia realidad social y su propia identidad social

Estructura y Funcionamiento de las Representaciones Sociales.

Las representaciones sociales se presentan como una unidad funcional fuertemente organizada. Con esto, se quiere decir que los diversos elementos que entran en la composición de una representación social –valores, opiniones, actitudes, creencias, imágenes, informaciones, entre otros- se organizan en una estructura integradora. (Ibáñez, 1988).

Según Moscovici, existen tres ejes en torno a los cuales se estructuran los diversos componentes de una representación social. Estos son: *la actitud*, *la información* y *el camporepresentacional*. La *actitud* hace referencia a “la disposición más o menos favorable que tiene una persona hacia el objeto de la representación, y expresa por lo tanto la orientación evaluativa en relación a ese objeto” (Ibáñez, 1988:46). Agrupa y articula a los diversos componentes afectivos de la representación, dinamizando y orientando en

¹¹ Mora, Martín. “La teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici”. En Athenea Digital, N° 2. Año 2002. Pág. 11.

¹² Araya Umaña. Op. Cit. Pág. 31.

forma decisiva las conductas, reacciones emocionales e implicaciones de la persona hacia el objeto representado.

La *información* corresponde a la construcción cualitativa y cuantitativa de conocimientos sobre el objeto social.

Por último, el *campo representacional* “hace referencia a la ordenación y a la jerarquización de los elementos que configuran el contenido de la misma”(Ibáñez,1988:47), es decir, a la organización interna y el orden jerárquico de sus elementos.

El campo representacional se organiza en torno al *núcleo figurativo*, el que constituye la parte más sólida y estable de la representación. El núcleo figurativo ejerce una función organizadora para ella, otorgándole su peso y significado a los demás elementos presentes en el campo representacional.

En la formación y funcionamiento de las representaciones sociales intervienen dos procesos: la *objetivación* y el *anclaje*.

La objetivación hace referencia al proceso de transformación de los distintos contenidos conceptuales relacionados con un objeto, en imágenes; así, se concretiza lo abstracto, sustituyendo las dimensiones conceptuales más complejas por elementos figurativos más accesibles al pensamiento concreto.

El proceso de objetivación presenta tres fases (Ibáñez, 1988):

- **Construcción selectiva:** en esta fase se da la selección o retención de ciertos elementos de información, rechazando otros; los elementos retenidos tienden a ser descontextualizados, en el sentido que son extraídos de su fuente originaria, y transformados o adaptados de tal forma que puedan calzar en las estructuras de pensamiento ya constituidas en el sujeto.
- **Esquemización estructurante:** esta fase se orienta a la construcción de un núcleo figurativo, a través de la organización de los diversos elementos de información seleccionados y adaptados, materializándolos en una imagen más gráfica y coherente del objeto representado.
- **Naturalización:** en esta fase, el núcleo figurativo antes construido pierde su carácter simbólico como representación mental construida socialmente, cobrando existencia real y autónoma, y por tanto, anterior al sujeto. De esta forma, el núcleo figurativo se transforma en la expresión o reflejo fiel de una realidad en la que encaja perfectamente: la distancia existente entre el objeto real y el objeto representado desaparece, el objeto representado se constituye en objeto real.

El proceso de anclaje, por su parte, es descrito como un mecanismo que tiene por finalidad “integrar la información sobre un objeto dentro de nuestro sistema de pensamiento tal y como está constituido” (Ibáñez, 1988:50).

Este proceso de asimilación de las innovaciones, pasa por la adecuación de lo nuevo en nuestros esquemas familiares; sin embargo, se acompaña de un proceso de ‘acomodación’, en el sentido que “la integración de la novedad modifica nuestros esquemas para hacerlos compatibles con sus características”(Ibáñez, 1988:50).

Representaciones sociales y su relación con el consumo problemático.

El lugar que una sociedad concede a las drogas, la percepción que tiene de ellas, la manera como tolera algunas y excluye a otras, se debe a la forma como se representa en la sociedad y finalmente a las relaciones que las drogas mantienen con el imaginario social.

Las drogas y su consumo, si bien han estado presentes a lo largo de la historia de la humanidad, no han sido hasta épocas más recientes consideradas como problema social, justificándose de este modo importantes inversiones en términos humanos y económicos orientadas a la reducción de la oferta y la demanda de sustancias definidas como ilícitas pero que, sin embargo, han estado lejos de alcanzar sus objetivos.

El “problema droga” remite hoy más que a datos objetivos de la realidad del fenómeno a una determinada percepción basada en concepciones estereotipadas e irracionales. Tal percepción social varía históricamente y responde más a condicionamientos de tipo socio-político.

Muchos usos de drogas constituyen estigmas. Muchas de las representaciones sociales que operan hoy en el Imaginario Social, señalan al usuario de drogas ilegales como potencialmente peligroso y violento, asociado con un patrón único de uso de drogas y con escasos vínculos sociales e institucionales. En muchos casos, el problema se define de una determinada manera y las respuestas se diseñan en base a una serie de estereotipos relacionados a dichas definiciones.

El consumo de sustancias psicoactivas desempeñó secularmente un rol valorado por el entorno social, sea en prácticas médicas, psicoterapéuticas, relacionadas con lo sagrado; pero en el siglo xx ¿Por qué el consumo de drogas se convierte en problema, patología, delito, estigmatización de los consumidores, prohibición en cuanto al hecho?

Parece darse un desajuste entre la percepción del problema y la magnitud del mismo, aquí es donde cabe introducir y vincular a la droga como la noción de fantasma, entendiendo un sobredimensionamiento de este problema, una brecha entre la percepción social y la magnitud social del mismo. Hay algo de la droga, en su proyección significativa que la sociedad proyecta y coloca sobre la droga, que hace que su impacto se desborde ampliamente.

Para explicar más claramente los problemas que tiene nuestra sociedad durante las últimas dos décadas y que ayudan a construir, explicar el fantasma y su significado social, es imprescindible recuperar las categorías que se refieren a los cambios propios de la posmodernidad, cambios en la subjetividad generados por la globalización, la pérdida de cohesión social y de referentes de sentido.

Así dice Graciela Touzé “el problema no es la droga, pero esta resume el problema. Desplazamos el vacío interior hacia un elemento que lo metaforiza, y expurgamos ese vacío depositando toda la fobia en ese elemento: la droga. Es en ella donde se ilustra con mayor elocuencia la dependencia exógena para nuestro ánimo. En ella reconocemos la pérdida de nuestra autonomía espiritual, de nuestra capacidad espontánea para relajarnos, entusiasmarlos u olvidarnos. Y a ella culpamos de esa misma pérdida, aislando en la punta del iceberg un problema que se gesta en la base del iceberg. El fantasma cuaja en la droga para ocultar lo demás. Demostrar el fantasma es poner sobre el tapete lo que el fantasma

oculta, si queremos entender el problema de la droga y usarlo como síntoma y ángulo de interpretación, hay que reconstruir este vínculo negado”.¹³

El uso de drogas se presenta como una trama compleja de representaciones y prácticas en donde articulan procesos sociales, económicos, políticos, ideológicos y culturales. Se constituye en un problema cuyos efectos implican el refuerzo de procesos de normalización y disciplinamiento social, y consecuentemente, de estigmatización y discriminación de grupos sociales. Esto se expresa en una política con una dirección claramente criminalizadora que define la actitud social frente a los afectados y contribuye a construir el tipo de comportamiento adoptado por dicha población. A los usuarios de drogas se los inscribe socialmente en un proceso que entrecruza dos lógicas: la sanitaria, de cura y la punitiva, de control.

“La percepción social dominante encadena conceptualmente droga-sida-delito-inseguridad ciudadana y legitima mecanismos coercitivos de control encarados tanto desde el Estado (represión penal) como inscriptos en la vida cotidiana, formando parte de las representaciones sociales. Encuentran así justificación, prácticas discriminatorias y estigmatizantes claramente violatorias de los derechos de las personas. En este caso los usuarios de drogas”.¹⁴

Este discurso, amplificado por los medios de comunicación, se impone como verdad sobre la población, imposibilitando la emergencia de discursos alternativos de las drogas, como podrían ser los discursos de los consumidores. El consumo de drogas se instala principalmente, desde el discurso oficial y en términos demográficos, en la población joven; así, se justifican acciones tendientes a la prevención del consumo de drogas y el tratamiento de esta población, desde una definición de juventud a partir de una posición adultocéntrica, que desconoce su heterogeneidad e invalida sus conocimientos, prácticas y discursos, asumiéndolos como rebeldías pasajeras que finalizarán cuando se llegue a la adultez. Es así como, por lo tanto, se excluye a los jóvenes de los espacios de participación y acción en la vida social y, en relación a las ofertas de tratamiento, de su protagonismo en la implementación y desarrollo de los mismos. Este carácter excluyente se magnifica en el caso de la juventud urbano- popular consumidora de drogas.

Las representaciones sociales de las drogas en esta población entrecruzan aspectos del discurso oficial sobre las drogas con discursos alternativos que enfatizan el uso de sustancias con un carácter instrumental en el proceso de construcción de una identidad colectiva, tribal, donde las prácticas y la historia individual se pierde en el anonimato de lo grupal, y relevan el consumo de drogas y las prácticas asociadas a su uso como un conocimiento propiamente juvenil, y por lo tanto vedado al mundo adulto; surge como manifestación de la trasgresión al orden social pero, sin embargo, queda finalmente sometido al mismo, desde las propias regulaciones a las que restringen su uso. En otras palabras, el uso de sustancias ilegales finalmente aparece como una práctica transitoria, juvenil, mayoritariamente masculina, pública pero al mismo tiempo oculta, insostenible con un proyecto de vida adulto en que la formación de una familia, la incorporación al mundo del trabajo y el acceso a bienes de consumo aparecen como centrales. Las drogas y

¹³ Touzé, Graciela (Comp.), “Visiones y actores del debate”: III y IV Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas, en: La droga como gesto en juventudes desencajadas, Experiencias en el Cono Sur. Año 2008. Pág. 164-165.

¹⁴ Touzé Graciela. “Saberes y prácticas sobre drogas”. El caso de la pasta base de cocaína, en: Parte I Discursos, políticas y prácticas. Pág. 21-22.

su consumo, finalmente, son consideradas como un mal que debe ser erradicado a través de medidas represivas o bien preventivas; estas últimas asocian el fenómeno de las drogas al mundo de los jóvenes y la pobreza.

La fuerza de los estereotipos.

Podemos aportar algunos de los estereotipos presentes en la sociedad vinculados al consumo problemático.

Según Graciela Touzé, las representaciones sociales del “problema droga” no corresponden necesariamente con las características objetivas del fenómeno en sí. En los fenómenos sociales es tan importante lo que en realidad pasa como lo que la gente *cre*e que pasa. Para la gran mayoría de la población, incluidos los usuarios de drogas, el problema se define y las respuestas se diseñan a partir de una serie de estereotipos. (GonzalezZorilla, 1987).

El primero se basa en el propio concepto de droga. Se trata de una noción que no responde a la lógica científica y que otorga relevancia a algunas sustancias (cocaína, cannabis, opiáceos) y excluye o considera mucho menos relevantes a otras (alcohol, tabaco, psicofármacos). Esta distinción no tiene ningún fundamento desde el punto de vista del daño social, de la nocividad o de la dependencia (Touzé, 1996). No obstante para la representación social de “la” droga, esta es siempre un producto “mortalmente dañino”, lo que justificaría la prohibición de su uso. Además no reconoce que las sustancias permitidas también son drogas o, en todo caso, estima que su nocividad es mucho menor. “Esta diferencia de tratamiento es menos asunto de producto que de institución, de toxicología que de cultura: el alcohol tiene su lugar en el espacio público, mientras que las drogas no lo tienen.”

Como correlato de esta distorsión del concepto de droga se instala lo que se ha llamado el fetichismo de la sustancia. La droga se identifica con un ente mágico, se le asignan poderes y capacidades contaminantes, se la explica como algo externo a la sociedad que amenaza a la población “sana”. El “problema de las drogas” aparece asociado así al temor y la inquietud, a un peligro omnipresente que atenta contra el conjunto. “La droga no es un objeto de comunicación plana, sin relieve, esta animada por la cultura. Desde esta perspectiva los objetos no son solo cosas, resultan producto de la complejidad humana, de representaciones simbólicas y relaciones sociales. Los objetos-como la droga-se encuentran revestidos de totetismos y fetiche” (Bialakowsky y Cattani, 2001: 11). Sin embargo esta percepción de “algo externo” que ataca al cuerpo social, no es un fenómeno nuevo en la historia de la humanidad. La droga asume el mismo papel que la peste en el medioevo. Se trata de un “mal extraño”, que justifica los ataques contra el peligro del contagio y la caza de los posibles portadores de la enfermedad.

Por otro lado, la identificación de la droga como enfermedad ofrece una explicación más tranquilizadora a la sociedad; las causas se atribuyen a un agente patógeno externo. Los esfuerzos deben entonces centrarse en identificarlo, aislarlo y destruirlo. No hace falta así analizar la complejidad social, sus injusticias, la ausencia de perspectivas y las hipocresías intolerables.

Otro contenido presente en las representaciones sociales de la “droga” la identifica como expresión de una actitud individual o colectiva de oposición a la sociedad, de no aceptación de las normas sociales, postura que se asocia a la juventud. No obstante, el uso de drogas se asocia tanto con los sectores sociales vinculados al poder y al prestigio social,

como con las poblaciones excluidas del sistema productivo para las que la “droga” se constituye en una estrategia de supervivencia. Por otra parte, la lógica del consumo se impone como condición de inclusión social; cada vez más es el mercado el que se propone como espacio de integración social.

El uso de drogas en la actualidad, no puede concebirse como un acto contestatario, antes bien se trataría de un intento fallido y desesperado por ser incluido en la “sociedad de consumo y de la doble moral”. La persistencia de este estereotipo, no obstante, aparece como un elemento capital en una política tendiente a fijar un rol social para la juventud, en un momento en que los enormes problemas de inserción en el mundo adulto (en especial en el aparato productivo) han ampliado este periodo de edad y, además, han intensificado la necesidad de encontrar nuevos mecanismos de tutela y control.

Un cuarto estereotipo nos remite a la imagen del usuario de drogas. Debido a distorsiones en las representaciones sociales, no se admiten diferencias en los patrones de consumo en el caso de las sustancias ilegales. Esto es, el consumidor- cualquiera sea la dosis, frecuencia y circunstancias del uso- es visualizado como un adicto y siempre se lo identifica como alguien peligroso, con una personalidad autodestructiva y con una actitud despreocupada respecto de su salud.

Estos estereotipos solo han contribuido a reforzar la confusión reinante. “Los estereotipos sirven para organizar y dar sentido al discurso en términos de los intereses de las ideologías dominantes, por ello en el caso de las drogas se oculta lo político y económico, disolviéndolo en lo psiquiátrico e individual” (Del Olmo, 1988:7).

A su vez las asociaciones entre la drogadicción, VIH-sida y sexualidad, modelan una construcción social que reduce la subjetividad a “actos riesgosos/peligrosos”. La tensión entre enfermedad y delito circundante en esta construcción focaliza las prácticas de transgresión, oscureciendo los aspectos básicos de la subjetividad y la vida cotidiana de individuos y grupos sociales. Independientemente de los tipos clasificatorios, el consumidor aparece instalado en la figura de transmisor: “contagia la droga, contagia el sida”.

Finalmente, como señalan Bialakowsky y Cattani (2001:11), “la droga se mimetiza como mercancía y asume las reglas de circulación del mercado”. La centralidad en la patología o el delito, a su vez, enmascara la compleja articulación de poder, las estructuras del tráfico, la economía política de la droga y la diversidad de sus expresiones en las relaciones sociales que implican subordinación de los consumidores a reglas de mercado y a distintas modalidades de explotación y opresión.

¿Consumo problemático o Adicciones?

La problemática de las adicciones nos convoca continuamente a revisar concepciones previas. Analizar, descubrir y repensar el marco ideológico, develar los mitos acerca de las adicciones, de las sustancias, de las drogas, de las personas que consumen, para así poder pensar nuestras prácticas y desde qué lugar las llevamos a cabo.

Existen tres acepciones del término adicción a lo largo del tiempo.

Una primera acepción del término “adicción” la encontramos en la época de los romanos en donde las personas se dividían en por lo menos dos clases: los ciudadanos y los esclavos. Los ciudadanos eran aquellas personas que, básicamente, tenían la posibilidad de elegir y decidir sobre sus vidas y sus cosas. Por el contrario, los esclavos eran aquellos que

dependían de otros para satisfacer sus necesidades ya que trabajaban para ellos. Cuando un ciudadano contraía una deuda con alguien, perdía tal condición y se convertía en esclavo de su acreedor. Por lo tanto, adjudicaban a la palabra adicto el sentido de que la persona está esclavizada por una deuda contraída, es decir, perdía su condición de hombre libre para depender de otro quien lo hacía trabajar sacrificadamente.

Con esta impronta, al hablar “hoy” de adicciones, estamos diciendo que las drogas se obtienen sin necesidad de prestaciones, avales, certificados y/o garantías, esto significa una cadena de retenciones, de “esclavitudes” inconscientes y conscientes a las que se va atando de a poco el individuo, esto es lo que no se ve; lo que se ve y funciona como atractivo es que esta mercancía es una de las más fáciles de obtener y comerciar.

Una segunda acepción del término la encontramos a inicios del siglo XIX, aunque no fue aceptado en el vocabulario médico y científico hasta principios del siglo XX. Es un término que sustituyó a “embriaguez” que se había venido usando para designar, de manera poco específica, los efectos conductuales que producía el uso continuado no solamente de alcohol, sino también de opio, morfina, cloroformo, éter y otros depresores del Sistema Nervioso Central (SNC).

Por último, durante el transcurso del siglo XX, el término “adicción”, al igual que el de “toxicomanía”, ha ido incorporando a su significado científico una serie de connotaciones morales y legales que ha hecho aconsejable el reemplazarlo por el de “dependencia”. En la actualidad se impone progresivamente el sustantivo “drogodependiente” para designar a la persona que anteriormente se denominaba toxicómano o drogadicto.

En relación a ello, tradicionalmente el fenómeno de las drogas se ha concentrado la información solo en torno a los efectos y consecuencias negativas del consumo de drogas, siempre dando preeminencia a los aspectos biológicos y/o farmacológicos.

La adicción, también conocida como drogodependencia, fue definida por primera vez por la OMS en 1964, como un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética, cuyas características son:

- Deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio.
- Tendencia a incrementar la dosis.
- Dependencia física y generalmente psicológica, con síndrome de abstinencia si se retira la droga.
- Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.

La adicción no existe biológicamente, solo se materializa en la experiencia subjetiva del adicto; y sin una causa orgánica o psicógena, no puede haber una enfermedad llamada adicción. La adicción es la dependencia fisiológica y/o psicológica a alguna sustancia psicoactiva legal o ilegal, provocada por el abuso en el consumo, que causa una búsqueda ansiosa de la misma.

En relación a lo expuesto anteriormente, se entiende por “Adicción” a:

“Relación que se establece entre una persona y un objeto, que genera un cumulo de tensión en la persona, la cual es aliviada con la obtención de dicho objeto. Se da en un contexto cultural y familiar y va produciendo una progresiva pérdida de grados de libertad” (Cuadernillo CCP 2012.)

Ahora bien, detengámonos un poco en esta definición. Cuando hablamos de “relación” y “objeto” es importante tener en cuenta que no es cualquier relación y que cualquier objeto no da lo mismo.

En efecto, al hablar de “*relación*”, se hace referencia a una relación compulsiva, es decir, patológica, enfermiza, caracterizada fundamentalmente por la conducta de búsqueda del objeto que se necesita para satisfacer una determinada demanda del sujeto. Es decir, a diario y permanentemente las personas se relacionan con objetos, consumen diversos objetos para satisfacer diferentes necesidades (comida, diversión, trascendencia, alivio del dolor, etc.) pero no por consumir, una persona es adicta; salvo que consumir un determinado objeto, que es exclusivo, se convierta en el eje de su existencia, en el centro de su vida y todo lo que haga gire en torno a ese objeto.

A su vez, al hablar de “*objeto*” es importante aclarar que si bien cualquier objeto es pasible de convertirse en el destinatario de una adicción, no es lo mismo cualquier objeto en función del daño que el mismo puede ocasionar. Con esto no estamos diciendo que una adicción es mejor que otra, sino que, hay adicciones, o más precisamente objetos que son más dañinos que otros.

En este sentido la adicción es una, pero “no la única” forma de relacionarse, que un sujeto tiene con un objeto.

Así mismo, la progresiva aceptación de la existencia de conductas patológicas, como el juego, que producen dependencia sin la intervención de sustancias químicas exógenas, ha revitalizado el término “adicción”, dándole una acepción más amplia al utilizarlo en el contexto de “conductas adictivas”.

En estos últimos años se han podido delimitar nexos psicológicos y neurobiológicos comunes entre los trastornos por abuso y dependencia de sustancias y un heterogéneo grupo de conductas patológicas altamente dañinas para la persona que las padece (ludopatías, sexo compulsivo, ejercicio físico extenuante, compras sin control, búsqueda patológica de sensaciones extremas, etc.) las cuales se denominan adicciones comportamentales y que se caracterizan por la necesidad imperiosa de ser repetidas, a pesar del evidente daño psíquico y físico que generan. Todo esto es lo que desde nuestra perspectiva incluye el consumo problemático.

Dentro de las conductas adictivas podemos reconocer diferentes tipos de relación con el objeto de consumo:

Uso: “Es el consumo esporádico y circunstancial de una droga; es ni más ni menos que la utilización de sustancias”

Abuso: “Cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar la salud física, mental o el bienestar social del individuo”. Se incluye aquí:

Es excesivo (situación de riesgo orgánico).

Es dañino (el consumo de sustancias por personas conlleva una disminución importante o total de la tolerancia a las mismas).

Es disfuncional (implica un patrón desadaptativo de consumo que genera una alteración del funcionamiento psicológico y social).

En términos generales se establece cuando el consumo se reitera para una misma droga en similares o diferentes situaciones o cuando se recurre a diferentes drogas.

Dependencia: “Cuando alguien siente o cree que no puede vivir sin una sustancia, y la utiliza en forma permanente y de manera compulsiva”.

La dependencia a las drogas es una de las formas de consumir drogas. Pero no es ni la única ni la más habitual, desarrollar una dependencia con las drogas es haber llegado al final de un proceso que se ha comenzado mucho tiempo antes, de manera gradual, casi siempre sin conciencia de ello y por diversos motivos, los cuales generalmente son desconocidos o no aceptados por la persona.

A partir de esto advertimos que la diferencia entre uso, abuso y dependencia no remite únicamente a la cantidad y frecuencia de las drogas consumidas, sino también y no en menor medida a las diferencias respecto a las motivaciones y el contexto del consumo. Por ello las diferencias dependen mucho más de las características de las personas y de su entorno que del tipo de droga que se consume.

Sin embargo es fundamental realizar un apartado en donde se retomen los conceptos fundamentales acerca de las sustancias que forman parte del consumo problemático: las drogas.

El consumo de drogas, ha acompañado al hombre a lo largo de la historia, quien las utilizó para calmar el hambre, la sed, los dolores, la cura de enfermedades, etc. Asimismo en tiempos de la antigüedad se las utilizaba para el intercambio afectivo y solidario entre los miembros de un grupo (la pipa de la paz), y como una función mediadora con la divinidad.

Si bien las drogas han estado presentes en la historia de la humanidad, con el paso del tiempo han ido cambiando el tipo de sustancias y las formas de consumo. Hoy el consumo de drogas se presenta como un fenómeno complejo, dinámico en la evolución, con indicadores propios, como es el inicio en el consumo a edades cada vez más tempranas y la presencia de drogas en todo ámbito y estructura social.

Recordemos entonces que el hombre siempre ha consumido drogas, las drogas más antiguas eran naturales se obtenían generalmente de plantas. En la actualidad existen drogas fabricadas enteramente en los laboratorios. Todas ellas tanto naturales o artificiales responden a la definición de “droga”.

Las cosas que entran en nuestro cuerpo por cualquier vía –oral, epidérmica, venosa, rectal, intramuscular, subcutánea- pueden ser asimiladas, y convertidas en materia para nuevas células, aunque pueden también resistir esa asimilación inmediata. Las que se asimilan de modo inmediato merecen el nombre de alimentos, pues gracias a ellas renovamos y conservamos nuestra condición orgánica.

Entre las que no se asimilan inmediatamente cabe distinguir dos tipos básicos: a) aquellas que –como el cobre o la mayoría de los plásticos, por ejemplo- son expulsadas intactas, sin ejercer ningún efecto sobre la masa corporal o el estado de ánimo; b) aquellas que provocan una inmensa reacción. Este segundo tipo de cosas comprende las drogas en general. (A. Escotado), y retomando la idea siempre presente que una droga es un veneno y un remedio al mismo tiempo, dependiendo su uso.

Definir el concepto de droga no es tarea sencilla. Existen muchas acepciones en cuanto al término, este está lleno de matices y es objeto de numerosas formulaciones, por ello es pertinente aclarar que se entiende por droga.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), Droga: es toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona, y que posee la capacidad de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores.

Del griego, *fármakon*, recordamos su doble significado: remedio benéfico, pero también droga perjudicial, veneno. Es decir que cualquier sustancia que tiene acción sobre los seres vivos y que incorporamos al organismo y produce cambios, la llamamos droga.

Podemos afirmar que las drogas son sustancias, por ello conductas tales como ludopatía, o consumo abusivo o dependiente de la moda o la tecnología, por ejemplo, no hacen al concepto droga. Sin embargo, a ese tipo de consumo lo incluimos en la investigación, ya que forma parte de lo que llamamos consumo problemático.

Desde esta perspectiva, a la hora de trabajar sobre el consumo problemático es necesario tener en cuenta la relación entre sujeto, sustancia y contexto, como los tres elementos principales que se encuentran en interacción permanente en el consumo.

Sujeto, sustancia y contexto.

En cuanto a las relaciones de los sujetos con las sustancias se producen efectos en el cuerpo de los mismos que se refieren a transformaciones del organismo. Estos efectos pueden ser:

- Excitar o estimular (como por ejemplo el café, la cocaína, las anfetaminas o las "pastillas" y similares).
- Tranquilizar o eliminar el dolor (como el alcohol, las benzodiazepinas – tranquilizantes-, la heroína y otros derivados del opio, etc.).
- Ocasionar trastornos perceptivos de diversa intensidad, alucinaciones (como la marihuana, o las "pastillas", LSD, cucumelo).
- Provocar cambios conductuales como aumento o disminución de la agresividad (tabaco, anfetaminas o neurolépticos).
- Incrementar la sociabilidad, la locuacidad o la desinhibición (alcohol, tabaco, "pastillas", cocaína, anfetaminas).

Estos efectos, sin embargo, no son constantes, dependen de los llamados patrones de consumo:

- ✓ Dosis;
- ✓ Vía de administración;
- ✓ La persona: su personalidad, su estado físico, su historia personal;
- ✓ Del contexto de uso: las circunstancias, las compañías, etc.

Estas situaciones producen consecuencias que serán problemas a nivel físico derivándose en graves afecciones, pero antes que ello existen consecuencias a otros niveles igualmente importantes como por ejemplo, dificultades en las relaciones afectivas, aislamiento, imposibilidad de establecer una pareja duradera, imposibilidad de trabajar o estudiar con continuidad, pérdida de protagonismo en roles sociales, etc. (Cuadernillo, CCP, 2012)

Cuando se menciona la palabra droga por lo general se piensa en las drogas ilegales, se habla de droga en singular y de esta forma se concentran en una sola categoría los consumos, sujetos y contextos, ocultando las diferencias.

Pero por cómo se define la droga, entre las drogas se incluyen sustancias cuyo consumo forma parte de nuestros hábitos alimentarios (alcohol y café), hasta medicamentos (analgésicos), pasando por sustancias en donde su elaboración y distribución es ilegal. (LSD)

Por lo tanto, consideramos que tenemos que comprender que “el problema de la droga” es un fenómeno complejo, plural y multicausal. En relación a ello, siempre debemos tener en cuenta cuatro factores del mismo y no reducir el problema a un tema únicamente de sustancias. Si bien las sustancias son importantes por su interrelación biológica genera cambios fisiológicos, afectivos y en lo relacional, pero los principales protagonistas somos los individuos y nuestras relaciones.

-¿Qué se consume? Cuál es la procedencia de las sustancias, su composición química, sus efectos sobre el SNC, su calidad, pureza y grados de nocividad, su estatus legal, su uso clínico y farmacológico, su modo de presentación y de preparación.

-¿Quién la consume? Las personas tenemos una realidad física y psíquica diferente unos de otros y reaccionamos de manera distinta por edad, género y sector social. Los efectos al consumir una sustancia difieren mucho de una persona a otra.

-¿Cómo se consume? Dosis, frecuencia de consumo, vía de administración, si se utiliza una o varias sustancias combinadas, la intencionalidad.

-¿Cuándo y dónde se consume? Los escenarios del consumo condicionan material y simbólicamente el tipo de uso, no es lo mismo consumir solo o en compañía, en un ámbito público o privado.

Entonces sostenemos que el rechazo o aceptación de una sustancia por parte de la sociedad no se relaciona necesariamente con los efectos farmacológicos de esa sustancia, ni con los daños que pueden producir, sino fundamentalmente con la historia y la cultura. Una sustancia adquiere significados y significantes que van más allá de sus propiedades farmacológicas y que su uso pueda generar daños a la salud, no solo tiene que ver con sus propiedades sino también con el contexto personal y social en que se inscribe la situación de consumo, es decir, en un momento de la historia global, familiar y personal.

Consumo problemático.

Plantearse las adicciones como problemática significa cambiar del paradigma tradicional, en donde el objeto droga es entendido como la causa del padecimiento del individuo, a otra concepción en donde el sujeto responde a lo que la realidad le demanda continuamente desde su particularidad, siendo las adicciones una consecuencia de múltiples causas. En este contexto la pregunta ya no es ¿por qué algunos sujetos se tornan consumidores y otros no?, sino ¿por qué algunos consumidores (todos nosotros) se tornan adictos y otros no?

Desde la perspectiva del consumo problemático se considera que hay cuestionar la relación mecánica y directa que se establece entre el consumo de drogas y la adicción.

Esta perspectiva considera que cuando el consumo atenta contra la salud y contra la construcción de proyectos de vida incurre un uso que puede ser problemático. Tales son

los casos de consumos compulsivos, (un impulso irresistible por consumir, que no puede dejar de realizarse y cuyo correlato es la adicción), pero también otros usos en los cuales no hay compulsión ni adicción, como por ejemplo el simple hecho de probar sustancias de alto nivel de riesgo para la salud, o la exposición a situaciones en las que el consumo de por sí no sería problemático, pero que por la situación en la que se realiza o por la cantidad que se consume termina siéndolo, como, por ejemplo, el conducir un vehículo en estado de ebriedad.

En conclusión, desde nuestro posicionamiento, el consumo problemático incluye no solo las sustancias psicoactivas, como las drogas legales o ilegales, sino también todos aquellos objetos que se consumen en la sociedad de consumo. Por ejemplo, TV, Internet, moda, juegos, alimentos, entre otros. A su vez abarca:

- Uso problemático: cuando el uso de determinados objetos afecta al sujeto o al entorno, teniendo en cuenta, la situación biológica del sujeto, el contexto-momento de su uso y frecuencia y cantidad. Aquí cabe aclarar que el mero uso de objetos, que no afecta al sujeto ni su entorno, no constituye parte del consumo problemático, por ejemplo, el mero uso de internet, a los fines de estudio o trabajo.
- Abuso y Dependencia: cuando existe un consumo compulsivo, es decir, cuando existe un impulso irresistible por consumir objetos, que no puede dejar de realizarse y cuyo correlato es la adicción.

Y en este sentido, es preciso considerar con especial énfasis a los sujetos y ya no tanto a las sustancias, lo que permite inferir que la probabilidad de que se establezca una relación problemática con las drogas aumenta considerablemente en sujetos que se encuentran en situación de vulnerabilidad bio-psico-social. Sin embargo el reconocimiento de su situación de vulnerabilidad de ningún modo implica afirmar que el consumo problemático es un asunto exclusivamente de los jóvenes, ni de los pobres, ni de los jóvenes pobres.

Producciones de subjetividad.

Por otra parte, no pueden estar ausentes a la hora de pensar esta problemática algunas reflexiones acerca de las condiciones de producción de subjetividad en nuestra época actual. En las últimas décadas, la aplicación de políticas neoliberales produjo procesos de exclusión que trajeron aparejada una importante fragmentación social y el aumento de la violencia estructural. Esto impactó en las instituciones propias de la modernidad: el Estado, la escuela y la familia, y en los modos en que sus actores se relacionan entre sí.

Estas instituciones tuvieron en su momento alta eficacia en tanto reguladores simbólicos de los vínculos sociales.

Desde los años 60, el consumo problemático ha ido en continuo aumento. Sin embargo, es a partir de los años 90 que esta problemática se convierte en una clara manifestación de malestar, asociándola progresivamente y cada vez con más fuerza a otros conflictos sociales, tales como la violencia, la deserción escolar, la delincuencia, el VIH Sida.

La forma que asume el rechazo social al aumento del consumo surge de analizar el fenómeno de manera aislada y parcial, sin considerar que el mismo se da en un contexto caracterizado por el estímulo de prácticas de consumo desenfrenado e indiscriminado, en el

seno de una sociedad que precisamente tiene al consumo de bienes y servicios como base de sustento económico y como fuente de su crecimiento. Cotidianamente, desde los medios masivos de comunicación y desde los grupos de pertenencia, se fomentan la compra y el uso de bienes no estrictamente necesarios, si no a efectos de “ser”, “pertenecer”, en síntesis, “tener para ser”. Así, se promueve la satisfacción individual a partir de prácticas regidas por la inmediatez, que cobran mayor envergadura ante un contexto de crisis de las figuras de autoridad y ante la dificultad de los sujetos para encontrar y orientarse por ideales.

Por un lado, entonces, experimentamos esa presión, la presión para consumir cada vez más, pero por el otro, se pretende impedir un consumo en particular, por juzgarlo como malo o dañino para el individuo, para la sociedad toda. Esta actitud resulta claramente contradictoria, produciéndose en consecuencia una evidente fractura entre un discurso y otro. Como sociedad, estamos alentando el consumo generalizado de todo tipo de bienes y servicios pero al mismo tiempo intentamos prescribir el no consumo de “otros” objetos, tales como las drogas, bajo la alerta permanente sobre los riesgos y daños de todo calibre que trae aparejado, además de los castigos de toda naturaleza.

Por otra parte, el aumento continuo del uso de drogas se ha visto agravado con la búsqueda de salidas a través de respuestas penales y represivas, estigmatizando como delincuente a la persona consumidora, lo que conduce a mecanismos que en nada ayudan a una toma de conciencia global, porque sitúan el tema de tal manera que permite que se lo considere como un problema de otros, alejado de lo cotidiano, sobre el cual la sociedad en general no tiene nada que ver o nada puede hacer. En cambio, si se toma en cuenta el consumo problemático de drogas en el día a día y se reconoce su difusión en distintas clases y estamentos sociales, éste se convierte en un verdadero problema social en el cual todos podemos y debemos tener participación.¹⁵

Paradigma de la Complejidad.

En este apartado, y teniendo en cuenta todo lo mencionado anteriormente acerca del consumo problemático; mencionamos la necesidad de una mirada de los fenómenos desde el paradigma de la complejidad, el cual tiene por finalidad entender la problemática como una totalidad determinada por la interacción de diversos elementos, que no pueden considerarse aisladamente. Esto implica no caer en simplismos, ni reduccionismos que terminen por obstaculizar las posibilidades de generar conocimientos, sino que permita aproximarnos a una nueva forma de pensar y analizar la realidad.

El pensamiento complejo se desarrolla de la mano de Edgar Morín, quien en su teoría, plantea superar el pensamiento simplificador, es decir, aquel que se vincula ciegamente a un sistema de conocimiento para comprender al mundo sin ser capaz de ir más allá de los límites que a sí mismo se impone. Este pensamiento es unidimensional y simplista.

El planteamiento sobre el desarrollo de un pensamiento complejo luce como una necesidad para transformar la realidad humana, como una especie de desafío a la hora de

¹⁵Sileoni, Alberto. “Prevención del consumo problemático de drogas desde el lugar del adulto en la comunidad educativa”. Ministerio de Educación de la Nación. Año 2012.

abordar y razonar todo lo que nos rodea. Por lo tanto, pensar desde la complejidad es acercarnos al aparente mundo real, y descubrir lo invisible, algo que siempre ha estado allí pero que jamás fue escuchado por nuestra observación y pensamiento.

En el pensamiento llamado simplificador se podrían distinguir cuatro principios básicos constantemente mencionados por Morín:

1. La disyunción: que tiende a aislar, a considerar los objetos independientes de su entorno, no ve conexiones, no ve en las especializaciones la relación de unas con otras, etc.

2. La reducción: que tiende a explicar la realidad por sólo uno de sus elementos: ya sea psíquico, biológico, espiritual, etc.; ve el mundo una máquina perfecta; se siente satisfecho estableciendo leyes generales desconociendo la complejidad de la realidad y del hecho humano.

3. La abstracción: que se contenta con establecer leyes generales desconociendo las particularidades de donde surgen.

4. La causalidad: que ve la realidad como una serie de causas- efecto, como si la realidad planteara ingenuamente un trayecto lineal, del menos al más, ascensional o se le pudiera plantear una finalidad.

Si podemos relacionar lo que propone Morín, con la problemática del consumo, se podría decir que esta postura del pensamiento simplista tiene un correlato con lo que planteamos anteriormente, la problemática de las adicciones, visto el problema en torno a la sustancia que se consume y los efectos producidos de la misma.

En cambio, en el pensamiento complejo, se plantea la heterogeneidad, la interacción; todo objeto del conocimiento, cualquiera que él sea, no se puede estudiar en sí mismo, sino en relación con su entorno; precisamente por esto, la realidad es total, por estar en relación con su entorno. Se podría distinguir algunos principios del pensamiento complejo: el dialógico, la recursividad, el hologramático:

1. El dialógico: A diferencia de la dialéctica no existe superación de contrarios, sino que los dos términos coexisten sin dejar de ser antagónicos.

2. Recursividad: El efecto se vuelve causa, la causa se vuelve efecto; los productos son productores, el individuo hace cultura y la cultura hace a los individuos.

3. El principio hologramático: Este principio busca superar el principio de “holismo” y del reduccionismo. El holismo no ve más que el todo; el reduccionismo no ve más que partes. El principio hologramático ve las partes en el todo y el todo en las partes.

Estos principios se relacionan con el posicionamiento que guía la presente investigación: considerar el consumo, como consumo problemático, es decir, teniendo en cuenta sujeto, sustancia y contexto. Por ello es que se asume dicha problemática desde el paradigma de la complejidad.

Además estos principios están atravesados por dos términos que se presentan como planteamientos nuevos en Morín: el concepto paradigma y el concepto de sujeto. El paradigma es una estructura mental y cultural bajo el cual se mira la realidad. Estos paradigmas, por ser culturales, son inconscientes. En esto se separa de Kuhn para quien los paradigmas son científicos, por tanto, conscientes. Con respecto al concepto de sujeto, Morín lo aplica a toda realidad viviente cualquiera que sea. El sujeto tiene tres características: su autonomía, su individualidad y por su capacidad de “computar”, es

decir, de procesar información: “Ego computo ergo sum” dice Morín; el hombre es el sujeto de mayor complejidad.

Morín sostiene que no se puede asumir esta noción de sujeto desde un paradigma simplista. Es necesario el pensamiento complejo; aquel “pensamiento capaz de unir conceptos que se rechazan entre sí y que son desglosados y catalogados en compartimentos cerrados” por el pensamiento no complejo. No se trata de rechazar lo simple, se trata de verlo articulado con otros elementos; es cuestión de separar y enlazar al mismo tiempo. Se trata pues, “de comprender un pensamiento que separa y que reduce junto con un pensamiento que distingue y que enlaza”.¹⁶

Multicausalidad del consumo problemático.

Si consideramos necesario tener en cuenta al consumo problemático desde el paradigma de la complejidad, no podemos dejar de mencionar que dicha problemática implica plantearse un problema multicausal, tanto por sus causas y consecuencias, como por sus componentes e implicaciones.

Según Pons Diez Xavier¹⁷, los múltiples elementos implicados en el consumo problemático, determinan una complejidad de aspectos que deberán considerarse para poder entender y abordar de manera exhaustiva este problema social. Para él todo consumo problemático implica la presencia de una persona que realiza una elección conductual, pero también supone una peculiar reacción del organismo ante la acción de una sustancia u objeto de consumo, así como escenarios sociales con muchas variables condicionantes. (Pons Diez X. 2008, Pág. 158)

Estamos hablando de un fenómeno que tiene, en definitiva, implicaciones múltiples: psicológicas, medicas, bioquímicas, sociológicas, etnológicas, jurídicas, económicas, políticas, educativas históricas y éticas.

Esto nos permite comprender que cuando hablamos de multicausalidad del consumo problemático, estamos diciendo que la problemática del uso, abuso, dependencia y demás patrones de consumo y de trastornos producidos por el consumo repetido, no responden a una causa única, sino que por el contrario, se sostiene que esta es multicausal, dependiendo de una gran cantidad de factores que intervienen.

El Dr. Jorge Barandica¹⁸ sostiene acerca de la multicausalidad del consumo:

“... vamos a ir pensando el concepto de multicausalidad, diciendo que hay que entenderla como algo totalmente dinámico dentro de la problemática. Es interesante poder captar el concepto de la multicausalidad como un espacio en donde intervienen distintos factores, pero, donde lo más importante es tener en cuenta que el interjuego es lo fundamental, la dinámica que se da en la causalidad del consumo.”

¹⁶ Packman Marcelo. “Introducción”, en Morín E. Introducción al pensamiento complejo. Ed. Gedisa. Barcelona. Pág. 9-19

¹⁷ Pons Diez, Xavier. “Modelos interpretativos del consumo de drogas”. Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial, Vol. 4 Núm. 2. Universidad Autónoma Metropolitana- Iztapalapa. Año: 2008. Pág. 157-186.

¹⁸ Barandica Jorge. “IV Seminario de Educación sobre Adicciones”; Programa Medios en la Educación, el Diario en la Escuela. Diario Los Andes. Auditorio Dr. Adolfo Calle; Pública Diario Los Andes; Abril 2007.

El consumo problemático, entonces, nos pone frente a un cúmulo de factores en permanente interrelación dinámica, entre los que podemos destacar: factores psicológicos, familiares, sociales, culturales y económico-políticos.

Factores Psicológicos.

Existen variables individuales que constituyen zonas vulnerables asociadas a la problemática del consumo. Una de ellas se relaciona con los rasgos de dependencia que, cuando se presentan de un modo excesivo en un trastorno de personalidad, lleva a los sujetos a establecer relaciones de dependencia con diferentes objetos de la realidad para la satisfacción de sus propias necesidades. En momentos de mayor vulnerabilidad, transformación y desajuste en la forma acostumbrada de funcionar, cuando los recursos habituales con que cuenta el individuo le resultan insuficientes o poco adecuados, aumenta la angustia incrementándose las conductas de búsqueda de objetos que la calmen.

Entre estos factores psicológicos que intervienen en la multicausalidad de la problemática del consumo, también se pueden encontrar otros factores como: la baja tolerancia a la frustración; la dificultad para comunicar sentimientos y pensamientos con palabras; y la imposibilidad de sostener proyectos, expectativas y metas propias.

Factores Familiares.

Si bien las configuraciones familiares que predispone a los sujetos al consumo problemático pueden ser muchas, la ausencia de límites claros puede considerarse como el elemento nodal en la mayoría de los casos. Esto se origina por la falla en las funciones que debe cumplir cada miembro y que permite regular los intercambios; situación que puede manifestarse tanto por conductas sobre protectoras como de abandono o indiferencia.

Las situaciones conflictivas en las familias pueden manifestarse tanto por conductas protectoras como de abandono o indiferencia. Los modelos de adultos propuestos en lugar de previsible, firmes, coherentes aparecen inconsistentes, confundidos o ausentes. Los factores contemplados dentro de este ámbito son: la estructura de comunicación inexistente o deficitaria, el maltrato físico y/o psíquico, modelos paternos consumidores de drogas.

Factores Sociales.

Los factores sociales son aquellos que se relacionan con una perspectiva más global y contemplan el análisis de las sociedades actuales, sometidas a cambios vertiginosos. Tienden a desvincular los vínculos de pertenencia, lo que lleva a los individuos a realizar permanentes esfuerzos de reacomodación para sentir que pertenecen a las diferentes instituciones o grupos y no quedar excluidos de sus ámbitos habituales.

La fuerza que tienen los grupos puede arrastrar a sus miembros, sobre todo a los más débiles al consumo problemático. Ante situaciones socioeconómicas particulares, los adultos se sumergen en la desesperanza y falta de proyectos lo que lleva a que busquen posibles salidas en la problemática del consumo.

Factores Culturales.

Dentro de la multicausalidad del consumo problemático, también se contemplan los factores culturales. La cultura valoriza y significa de modo especial determinadas interacciones entre los hombres y entre estos y los objetos. En nuestro medio, por ejemplo, se desarrolla la creencia de que la mayoría de las necesidades pueden ser aliviadas en

plazos cortos y con mínimos esfuerzos, en detrimento de aquellos valores que propone una cultura del esfuerzo a través del tiempo.

Factores Económicos y Políticos.

Los factores económicos y políticos deben ser contemplados en este análisis ya que permiten dar cuenta de la multicausalidad de la problemática desde una perspectiva macro, donde incorporamos la burocratización que conduce al aislamiento progresivo, al desarraigo afectivo e ideológico, entre otras formas de exclusión. Esto trae como correlato que los tiempos para la acción política se retarden en favor de la velocidad propia de los grupos de poder económico que operan en el mercado de sustancias lícitas e ilícitas.

Factores de Riesgo y de Protección.

A su vez, en la multicausalidad del consumo problemático podemos, también, hacer análisis de los factores de riesgo y factores protectores considerados condicionantes en la dinámica del desarrollo de la problemática.

La evaluación verdadera de ambos permite conocer la situación real en donde habrá que desarrollar el trabajo preventivo, ya que los factores de riesgos nos muestran el camino conveniente a seguir en la intervención y los factores de protección nos dan la pauta acerca del cómo y con qué lo haremos.

Factores de Riesgo

Son aquellas condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones. Son elementos que presentan una alta probabilidad de desencadenar un suceso indeseable.

Factores Protectores

Definen el terreno de los recursos con que se contará a la hora de llevar a cabo las acciones de prevención.

En el siguiente cuadro se pueden observar los factores de riesgo y de protección que intervienen en el consumo problemático, tanto a nivel individual como familiar y social.

FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RIESGO
Factores individuales	Factores individuales
<ul style="list-style-type: none"> - Tener sensación de logro y valoración frente a lo que uno hace (autoestima y autoeficacia) - Tener una buena capacidad para comunicarse. - Tener proyectos personales y sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Baja autoestima. - Escasa tolerancia a la frustración y poca capacidad de espera. - Dificultades de comunicación.

<ul style="list-style-type: none"> - Poseer una escala de valores (religiosos, políticos, etc.) que canalice las inquietudes y otorgue un sentido a la propia vida. - Sentido de pertenencia y compromiso con diferentes grupos o instituciones. - Dar un lugar al placer en la vida cotidiana. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de proyectos de vida. - Sensación de vacío e intrascendencia. - Bajo rendimiento escolar. - Uso precoz de sustancias adictivas. - Personalidad dependiente. - Rebeldía. Dificultad para aceptar la autoridad. - Actitud permisiva hacia el consumo.
--	---

FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RIESGO
Factores familiares y sociales.	Factores familiares y sociales.
<ul style="list-style-type: none"> - Grupo familiar estable, contenedor, que tiene capacidad para resolver los conflictos que se presentan. - Buen nivel de comunicación entre los miembros de la familia. - La disciplina familiar es consistente, flexible y con permanencia en el tiempo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inestabilidad. Desintegración familiar. - Maltrato físico, psicológico y/o sexual. - Violencia en el grupo familiar. - Dificultad en la integración, contacto y expresión de afectos.

<ul style="list-style-type: none"> - Constituye un núcleo donde se expresan los afectos y permite el intercambio afectivo. - Protagonismo y compromiso social. - Existencia de una red social de apoyo. - Buena utilización del tiempo libre (deportes, actividades artísticas, culturales, etc.) - Grupo de pares que favorezca actitudes de solidaridad y ayuda mutua. 	<ul style="list-style-type: none"> - Disciplina laxa o muy autoritaria, inconsistente. - Actitud de sobreprotección o de abandono. - Presencia de conductas de abuso o adicción a sustancias en algún integrante de la familia. - Falta de normas y límites. - Dificultades de integración al grupo de pares. - Grupo de amigos consumidores. - Capacidad recreativa generada a partir del consumo.
---	--

En este sentido la adicción es una, pero “no la única” forma de relacionarse que un sujeto tiene con un objeto. Si comprendemos que “el consumo problemático” es un fenómeno plural, multicausal, siempre debemos tener en cuenta los factores del mismo y no reducir el problema a un tema únicamente de sustancias. Si bien las sustancias son importantes porque su interrelación biológica genera cambios fisiológicos, afectivos y en lo relacional, los principales protagonistas somos los individuos y nuestras relaciones.

Por ello es importante analizar cómo se ha analizado y abordado el consumo problemático a lo largo de la historia. Para ello nos remitimos y desarrollamos los modelos de intervención; los cuales constituyen el punto de partida para quienes se han planteado abordar el consumo problemático.

Modelos de Intervención.

Nos referiremos a los cuatro enfoques tradicionales que hacen hincapié en tres elementos interactuantes, la sustancia, la persona y el contexto. Algunos, hacen énfasis en las sustancias, trabajando en sus clasificaciones y efectos; otros equiparan, como en una ecuación consumidor – enfermo; también están los que ven en las situaciones sociales de

privación la causa del consumo y finalmente los modelos que parten de la conducta humana enmarcada en contextos complejos y variables.

El consumo problemático podrá ser comprendido entonces desde distintas perspectivas que buscan interpretar la complejidad y dinámica de la problemática, cada una de las cuales enfatizará determinados aspectos y propondrá una postura particular. Cada uno de los modelos que se plantean a continuación, tienen consecuencias para la acción social, la educación, la prevención, el tratamiento, la legislación y la formulación de una política.

Modelo ético-jurídico.

El modelo ético-jurídico atribuye un papel preponderante a la sustancia. La droga es pensada como sujeto, como elemento activo, “la droga te atrapa”. Este modelo reconoce dos grandes grupos de sustancias: lícitas e ilícitas, y designa a estas últimas como el agente causal del “problema droga”.

Construye el “problema droga” desde la perspectiva de la defensa social, lo define como transgresión al orden y privilegia la intervención de los agentes de control social “duro”.

Como “la droga” se concibe bajo el prisma del delito, el modelo lleva a la criminalización y a la estigmatización de los usuarios, a la vez que produce la creación de un mercado negro cada vez más poderoso. Este modelo es el eje central del paradigma prohibicionista.

Este discurso presenta al consumidor como un “vicioso” y declara ilegal aquellas conductas que se asocian con los estupefacientes, por lo tanto el consumidor de drogas viola la ley, por lo que se caracteriza como transgresor.

Caracterizado así el problema, las acciones se orientan a controlar el agente que lo causa. La legislación penal constituye el principal instrumento tendiente a impedir la producción, distribución, comercialización, tenencia y consumo de sustancias ilícitas,

Según Graciela Touzé (2006) el modelo presenta una paradoja intrínseca, por un lado se presenta al consumidor como vicioso y a sus conductas como ilegales, razón por la cual se convierte en un delincuente, pero por otro, el modelo considera como sujeto activo a la droga, no a la persona, que es sólo su víctima; por esta razón el consumidor de drogas se convierte en delincuente y víctima simultáneamente.

La prevención entonces se orienta directamente a evitar el consumo de drogas prohibidas. Los mensajes se centran en la información acerca de las sanciones (jurídicas y morales). La prevención se asimila al control. El discurso preventivo pone énfasis en que el uso de drogas es ilegal y moralmente malo. El modelo jurídico busca dificultar la disponibilidad de la sustancia. Para ello, su estrategia preventiva se basa en divulgar las terribles consecuencias que genera la utilización de drogas, destacando tanto sus efectos nocivos como las penas reglamentadas por su cultivo, producción, distribución, venta, uso y posesión. En los casos en los cuales las personas se encuentran consumiendo drogas el modelo las aísla del resto de la sociedad para castigarlas por su conducta desviada. Estas medidas implican que se destina un importante porcentaje de recursos públicos y privados a este fin, lo cual está motivado por la necesidad de garantizar seguridad a la sociedad

Este modelo sigue siendo el que concita más adhesiones en la población en general y es el más utilizado por los medios de comunicación social, que asocian sistemáticamente el consumo de drogas con la delincuencia.

Modelo médico-sanitario.

En este modelo se produce un salto desde el paradigma punitivo a otro basado en la desviación. La medicina, como agencia encargada de dar respuesta a esta problemática, considera que los sujetos/“pacientes” no son responsables de la práctica de consumir drogas. En este sentido, el rótulo de “enfermo”, y ya no de vicioso, lo hace acreedor de un “tratamiento” en vez que de un “castigo”.

Como el anterior pone el acento sobre la sustancia pero esta vez como agente causal de las adicciones, por lo tanto considera al consumidor como enfermo. La sustancia ya no es tomada en su valor normativo sino en función de su potencial adictivo, como “virus”, “epidemia” o “plaga”; se asimila el uso de drogas a una enfermedad infectocontagiosa, “¿se puede contagiar mi hijo si tiene un amigo drogadicto?”

La mayor diferencia entre ambas concepciones es que el modelo sanitario no hace distinción entre lo lícito y lo ilícito y, por lo tanto, abarca a menudo el alcohol, la nicotina, los productos farmacéuticos y la cafeína como sustancias que producen dependencia pero las diferencia de otras drogas tomando como base las variables de aceptabilidad social y la posibilidad generalizada de obtención y uso.

Para este modelo el “drogadicto” es considerado un “enfermo” al que hay que curar(diagnosticar, prescribir y tratar) y reinsertar en la sociedad. En general las intervenciones curativas del especialista se apoyan más en la prescripción, consejo e información que en la “escucha” personalizada de lo que está necesitando cada persona en particular. Las drogas, las personas y el contexto se analizan en términos de “agente”, “huésped” y “ambiente”, según la misma lógica con la que se estudian las “enfermedades infectocontagiosas”. Quienes usan la droga deben ser curados y tratados como un problema médico. El uso de las drogas debe prevenirse como un problema de sanidad pública, al igual que cualquier enfermedad infecciosa. La falta de prescripción médica en la administración de una droga es lo que hace que esa sustancia sea nociva para las personas.

En la primera mitad del siglo pasado este modelo tuvo un papel central pero luego quedó opacado a causa de la importante presencia social que fue adquiriendo el modelo anterior. Sin embargo, hacia el inicio de la década de los '70 surgió con fuerza la idea de que los drogadictos no son delincuentes sino enfermos; por esta razón se debía introducirlos en los dispositivos médicos que implicaban su institucionalización, como enfermos primero, como convalecientes más tarde y, en algunos casos, a mitad de camino entre la re-inserción y la manifestación de una cierta cronicidad, lo cual les otorgaba un nuevo rol social como “ex-drogadependientes” o “adictos en recuperación” (Romaní, 1999).

La prevención también se orienta hacia la abstención del uso de drogas pero no ya a través de la amenaza de sanción sino mediante la información de los daños producidos por las mismas. El temor es considerado un instrumento eficaz.

El mensaje preventivo desde este modelo privilegia una exhaustiva descripción de los efectos de cada sustancia en el organismo y recalca la información acerca de las propias sustancias: color, olor, forma de presentación. Estos mensajes se asientan en el presupuesto de que las personas sólo se producen daño involuntariamente y de que nadie entraría en

contacto con un agente infeccioso si pudiera identificarlo. Este modelo incorpora la noción de tratamiento en tanto utiliza la categoría de enfermedad. Este se refiere a la eliminación de la droga mediante la desintoxicación o deshabitación.

Aunque los partidarios del modelo sanitario, tienen una gran experiencia en lo que respecta al uso de drogas y de quienes las consumen, reconocen los fallos y parecen orientarse hacia la adopción del modelo psicosocial.

Modelo psico-social.

A diferencia de los otros dos, este modelo, que surge a mediados de los años '80, corre el foco de la sustancia y lo coloca en el sujeto. El uso de drogas y su consumidor son el factor dinámico y complejo y el punto principal en el que ha de centrarse la intervención. Por ello, interpreta que el adicto es un enfermo y que la adicción es la resultante de un malestar psíquico.

En este enfoque el consumo va asociado a un problema de comportamiento humano en contextos sociales y culturales complejos y variables. El interés se centra en el tipo de vínculo que una persona establece con la sustancia. El discurso psico-social entiende el concepto de adicto como sinónimo de “esclavo” (Touzé, 2006).

Se plantea que lo no dicho queda tapado u obturado por la práctica del consumo. Poreso, más que buscar formas que permitan “detectar” signos de drogadicción, es importante desde esta postura estar atentos a las dificultades que presentan algunas personas y buscar otras formas del “decir”, más allá del síntoma del consumo.

Si bien comparte con el modelo médico sanitario la categoría de enfermo para el abuso y la compulsión al consumo, se diferencia de aquel en no poner el acento en los efectos de la sustancia; la enfermedad es previa al consumo de drogas. El consumo será leído como un síntoma de una enfermedad previa. Este modelo tiende a hacer una distinción entre las cantidades, frecuencias y modalidades de uso de drogas, las diferentes funciones que el uso de estas puedan desempeñar y los distintos efectos de esas modalidades de uso de drogas en diferentes individuos.

Este modelo se sustenta en el reconocimiento de la complejidad de cada individuo y del peso que tienen los factores psicológicos y ambientales sobre sus decisiones. Al centrarse en el sujeto, busca saber cuáles son las necesidades que lo llevaron al abuso de sustancias tóxicas. Basado principalmente en el encuadre psicológico, es el de mayor peso en comunidades terapéuticas y centros de rehabilitación actuales. Así este modelo introduce la categoría de síntoma, señala una patología de base en el sujeto y su contexto inmediato que produce el consumo de sustancias.

Las causas que se esgrimen para explicar por qué una persona comienza a consumir drogas enfatizan la importancia que tiene en primer lugar la familia como responsable de la socialización primaria y en segundo lugar el grupo de pertenencia (amigos, compañeros). Se enfatiza así el peso del medio social cercano, disminuyendo el del medio social más amplio –político, económico, cultural, social –.

Por la importancia que atribuye a los individuos y a su comportamiento, así como a los factores sociales, este modelo propone a menudo soluciones al problema del uso de drogas que no están relacionadas específicamente con ellas y que son igualmente aplicables a otros comportamientos de carácter destructivo irregular. La estrategia privilegiada de prevención para este modelo, es a través de la Educación para la Salud,

entendida como un proceso de enseñanza-aprendizaje, ético, dinámico, participativo, interdisciplinario e intersectorial. La información debe estar relacionada con las actitudes, valores y hábitos de un individuo o grupo, si se desea que influya en el comportamiento.

A partir de lo dicho la prevención ya no apuntará estrictamente a evitar el consumo de drogas como en los modelos anteriores, tendrá características más inespecíficas que incluirá acciones que posibiliten una mejora en sus relaciones interpersonales y el desarrollo de actitudes de autocuidado. La prevención se va a inscribir en el ámbito de la salud mental.

Modelo socio-cultural.

Este modelo postula que el significado asociado a las drogas está determinado no por sus propiedades farmacológicas, sino por la forma en que una sociedad define el consumo de las mismas y por las estrategias preventivas que utiliza con los consumidores. Va más allá de los factores psicológicos y sociales que recibían gran importancia en el modelo psicosocial para acentuar lo que está presente en las condiciones socioeconómicas y ambientales. El eje de análisis para este modelo se sitúa en el contexto. Plantea que es en el medio social donde deben buscarse las causas de uso de drogas. Toma en cuenta las características de la estructura social y define como determinantes a los factores culturales y socio-económicos.

Es en la sociedad, en sus condiciones materiales, donde se deben buscar las causas del consumo. Determinadas condiciones culturales y socio económicas como las desigualdades, la falta de oportunidades para grandes sectores de la población, la marginación, la pobreza, el desempleo, el abandono escolar, la discriminación, el analfabetismo, la carencia de una vivienda digna, los procesos de urbanización e industrialización sin una planificación adecuada, imponen condiciones de vida que algunos sujetos solo pueden soportar a través del consumo. Aquí aparece la versión del uso de drogas para evadirse de una realidad que se juzga insoportable.

El uso de drogas sigue siendo caracterizado como síntoma pero ya no en su versión psicopatológica sino como síntoma social que manifiesta las “disfunciones” del sistema. A partir de este enfoque se comienza a asociar el consumo de sustancias con poblaciones marginales.

Se trata de un modelo menos instalado en la sociedad actual, por lo que no es tan usual encontrar explicaciones del abuso de drogas que tengan en cuenta estos aspectos. Se privilegian en él los significados que los sujetos otorgan a las prácticas de riesgo y de protección a partir de su pertenencia a determinados contextos culturales. Los programas de reducción de daños implementados en la última década parten de este modelo, que posibilitó el surgimiento de políticas más tolerantes, que buscan generar la aceptación y tolerancia del consumo y de los consumidores como un hecho más de nuestras sociedades; mostrar la peligrosidad que generan tanto las drogas legales como las ilegales; ofrecer información veraz y objetiva y, sobre todo, no generar alarma o miedo en la población.

Según Touzé (2006) para este modelo la droga funciona como una forma de evasión de la realidad. El consumo de drogas nuevamente forma parte del síntoma, pero, en esta oportunidad, ya no en términos psicopatológicos sino sociales, es decir, como catalizador de una disfunción del sistema.

El supuesto preventivo que funciona por detrás es que si disminuyen las situaciones de conflicto y desigualdad social, disminuirá la demanda de drogas. Sin embargo, la

emergencia de la condición económica como “determinante” fundamental hace que se establezca una asociación inmediata entre pobreza y consumo de drogas, lo que abre la posibilidad de estigmatizar por estas prácticas a los sectores de menores recursos.

Las acciones preventivas apuntan a disminuir los efectos de estas condiciones socio-económicas sobre los individuos. Encara la prevención dando información respecto de algunas causas (pobreza, desempleo, industrialización, etc.) y mediante acciones de mejoramiento de las condiciones de vida de las personas desde una perspectiva macro-social a partir del acceso de las mismas al goce de derechos ciudadanos básicos tales como vivienda, trabajo, salud y educación.

Desde cada uno de estos modelos pueden contemplarse el uso de drogas y los fenómenos consiguientes, y permite establecer diferentes recomendaciones y medidas encaminadas a modificar sus usos. Cada uno de ellos es una lente a través de la cual se pueden ver las drogas, el hombre, la sociedad y sus interacciones, la capacidad de las instituciones y de sectores profesionales en lo que hace referencia a intervenir del modo más eficaz posible.

Si de lo que se trata es de mantener la droga alejada del hombre, se asignara un papel destacado a las leyes y a su sanción; si se aspira a mantener al hombre alejado de las drogas, la responsabilidad incumbirá a los especialistas de las ciencias del comportamiento; si se pretende crear un ambiente en el que las necesidades que satisface el uso de drogas queden mejor atendidas por un comportamiento que entrañe menos peligros y ofrezca menos posibilidades de perjudicar al individuo y a la sociedad, corresponderá a cada institución, y a los individuos que tienen un cometido en cada una de ellas, desempeñar una misión a ese respecto.

A modo de síntesis respecto de los modelos tradicionales y su relación con los estereotipos y representaciones sociales, se presenta el siguiente cuadro:

Modelos	Estereotipos	Representación social que construye el modelo
Ético Jurídico	El usuario de drogas es Simultáneamente Delincuente y víctima.	Trasgresión de normas – delincente: <ul style="list-style-type: none"> • inseguridad, miedo, • usuarios víctimas de la sustancia
Médico Sanitario	El usuario de drogas es un enfermo.	<ul style="list-style-type: none"> • Las sustancias alteran y afectan el buen funcionamiento del organismo. • El sujeto no puede hacer nada para evitar el consumo. • La adicción es un emergente.

Psico-social	El usuario de drogas es un esclavo. Son personas con Dificultades de adaptación y Maduración	<ul style="list-style-type: none"> • El consumo de drogas es un síntoma que evidencia un malestar psíquico. • Falta o mal funcionamiento de una red familiar y social que contenga al usuario.
Socio-cultural	El usuario de drogas es una víctima. (condicionado por su entorno socioeconómico)	<ul style="list-style-type: none"> • El consumo de drogas implica una evasión de la realidad. • El entorno cultural y económico determina los tipos de drogas y las formas de consumo. • El uso de drogas ilegales es característico de las sociedades industriales avanzadas. • Las desigualdades sociales producen vulnerabilidad en relación con el consumo de drogas.

Sin embargo para superar las visiones simplistas que plantean los modelos clásicos referentes al consumo problemático, se plantean otros cuatro modelos superadores, que tienen en cuenta la situación actual de la problemática, como así también todos los factores que se ponen en juego a la hora de abordar el consumo problemático y la interrelación entre los mismos.

Modelo geo-político estructural.

En este modelo la droga es vista como mercancía y se acentúan los determinantes estructurales de su consumo. Toma como punto de partida la ineficacia que han demostrado los modelos preventivos importados de los países denominados del “primer mundo” y entender que no se pueden obviar las características específicas latinoamericanas como elementos fundamentales para comenzar a pensar en cómo resolver el problema del consumo de drogas en nuestro contexto.

Este modelo se sustenta en la conceptualización del consumo de drogas y el narcotráfico como un fenómeno global consustancial a las circunstancias que crean y mantienen el subdesarrollo y propician la dependencia de los países latinoamericanos. En este sentido, destaca el marco geopolítico de América Latina como responsable de las peculiaridades del problema del consumo de drogas. Para este modelo, el contexto no es sólo el ambiente individual, familiar y comunitario, sino toda la sociedad con sus factores, cambios y contradicciones. Este es un modelo más reciente y es el que está menos instalado socialmente.

Este modelo nace hace hacia fines de la década de 1970 en EE.UU. a raíz del crecimiento del consumo de cocaína en la población. Como dicha sustancia era producida únicamente en América Latina, el Departamento de Estado generó un discurso que asociaba la droga a este subcontinente, a partir de dos grandes tipos de vinculaciones:

- La asociación entre las malas condiciones socioeconómicas de los países latinoamericanos y la disposición de una población que para subsistir recurre a actividades ilegales.
- La asociación entre la “guerra contra las drogas” y la “guerra contra subversión”.

Modelo ético-social.

En 1975 el FAT (Fondo de Ayuda Toxicológica) de Buenos Aires presentó en la UNESCO el Modelo Ético Social, que toma en cuenta no sólo la interacción de la tríada sustancia-sujeto-contexto, sino también la preocupación por la existencia, por el sentido de la vida. Para determinar los alcances de una “ética social” afirma que es necesario construir un proyecto grupal guiado por las siguientes premisas:

1. La felicidad es producto del tiempo creador, es decir, se debe privilegiar la participación activa de docentes y alumnos en las actividades preventivas;
2. La enseñanza preventiva en drogadicción debe dirigirse preferentemente a los educadores y a los padres;
3. La metodología de enseñanza debe tender a desarrollar un proyecto común entre docentes y alumnos.

Este modelo incluye elementos de los anteriores, reconociendo limitaciones en cada uno. Postula la existencia de un problema ético, ya que hoy es necesario aclarar la visión, la ética construida acerca de las sustancias, a veces la perspectiva de quienes trabajan en prevención difiere de la que tiene el consumidor, y cada uno se para sobre ella desde el lugar de la “verdad”, generando imposiciones entre sí. Admite nuevas construcciones culturales con un compromiso activo de todos los interesados, también de los consumidores.

Modelo multidimensional.

Vimos las características de cada modelo, analizamos como reflejan una mirada parcial de las causas del consumo de drogas, desde aquellos que hacen hincapié en la sustancia, como en el sujeto y en el contexto social. En este sentido el modelo multidimensional resulta superior de los modelos clásicos al plantear que en cualquier uso de drogas se produce una interacción entre tres subsistemas:

- La sustancia como elemento material,
- Una estructura y disposición subjetiva determinada,
- Una organización social.

Según Touzé (2006), este modelo considera el consumo de drogas como un proceso multidimensional en el que interjuegan la sustancia, los procesos individuales del sujeto y la organización social en la que se produce el vínculo de los dos elementos anteriores, incluyendo las dimensiones política y cultural. Se analizan los factores de riesgo y los

factores protectores como condicionantes que pueden incidir en el consumo, pero enfatizando que se deben tomar como probabilidades y no como determinaciones.

“Desde este modelo podemos observar como los efectos de una sustancia no tendrán que ver únicamente con sus características farmacológicas, sino también con las características del sujeto que la consume, el contexto en el que se produce esta relación entre el sujeto y la sustancia y el momento histórico en el que acontece la interacción”. (Comas, D y Arza, J 2000)

Desde esta perspectiva la prevención será pensada como promoción de espacios y estilos de vida saludables a través del fortalecimiento de redes sociales y espacios de participación de la comunidad. Si la idea es desalentar cualquier tipo de consumo esta propuesta de prevención se distingue porque su objetivo principal es la promoción de la salud, el cuidado y la construcción de proyectos de vida significativos.

La idea de prevención se amplía con el concepto de educación preventiva, que incluye la prevención inespecífica como promoción comunitaria. Al referirnos al termino prevención podemos concebirlo desde una lógica de anticipación para reducir riesgos, en este caso prevenir significa generar acciones de algún tipo para que un suceso no se genere, o que, en el caso de aparecer, el problema, el número de casos sea el menor posible.

Por lo tanto, el modelo preventivo apunta a la interrelación dinámica entre las características individuales, las del entorno cercano (familia, grupo de pares, etc.) y las del entorno macrosocial.

Modelo de la promoción de la salud.

Este modelo intenta vincular a los actores con sus entornos y lograr la participación comunitaria, lo que implica que la población se organice y participe más activamente; todo esto desde una perspectiva de trabajo intersectorial –acción coordinada de todos los implicados, como gobiernos, sectores sanitarios, ONGs y medios de comunicación–. En síntesis, la promoción de la salud será definida de un modo amplio, ya que apunta a mejorar la salud en general y la calidad de vida a través de acciones orientadas a modificar los condicionantes de la salud. Por lo general, encontramos que en la práctica se trabaja de manera conjunta con el modelo de prevención de las enfermedades y con el de promoción de la salud porque es importante que se tenga en cuenta tanto la información sobre enfermedades, formas de transmisión y riesgos de las mismas, así como también, es imprescindible fortalecer las capacidades de los actores para que puedan elegir dentro de un marco más amplio de opciones.

En términos de la socióloga brasileña Dina Czeresnia (2001: 9): “En el contexto de cambio en el discurso científico que surgió en la salud colectiva en los ‘90, emergió un reconocimiento de valores tales como subjetividad, autonomía y diferencia. Se trata de articular diferentes niveles y modos de comprender y aprehender la realidad, tomando como referencia no los sistemas de pensamiento sino los hechos que nos movilizan para elaborar e intervenir.

El paradigma de la promoción de la salud tiene una concepción democrática, orientada hacia los actores involucrados, teniendo en cuenta la perspectiva de las personas con las que se va a trabajar, y buscando vincular saberes no sólo de las ciencias naturales

sino también de las ciencias sociales. Esto lo ubica un paso adelante y lo obliga a modificar el objetivo de “lograr cambios en la conducta” para pasar a “lograr competencias para la acción” (Jensen, 1997).

Si bien estos modelos se han ido desarrollando en forma secuencial y cada uno representa un mayor nivel de inclusión de factores respecto del anterior, ninguno ha perdido vigencia. Todos siguen presentes, encarnados en los diferentes discursos de los sectores que intentan explicar el consumo problemático.

El análisis de los diferentes modelos nos permite cuestionar la idea de que “el problema del consumo” sólo tiene una única forma de abordaje. Es importante tener en cuenta que para entender el consumo problemático, es necesario comprender su carácter polifacético y complejo, lo que nos obliga a utilizar enfoques cada vez más inclusivos, como los últimos que se presentaron.

Las prácticas asistenciales en el fenómeno de las adicciones han ido cambiando y evolucionando. Existen dos grandes corrientes que se podrían considerar diferentes paradigmas. El Abstencionista y el de Reducción de Daños. Estos son modelos de asistencia desarrollados a lo largo de la historia, teniendo en cuenta las características y evolución de la problemática.

Modelos de Asistencia.

El Modelo de Abstinencia.

El *modelo de abstinencia* surge con el aumento en el abuso particularmente de alcohol. Dicho modelo surge en un contexto social en el que urgía la necesidad de establecer un especial *orden*. Los primeros intentos del modelo de abstinencia surgen con los grupos de Alcohólicos Anónimos, en donde se habla de recuperación total y de enfermedad permanente, por lo cual la recuperación se controla día a día, se presentan como dependientes “alcohólicos” y el único requisito para ingresar es querer dejar la bebida.

Se sostiene que el objeto (droga) es la causa del padecimiento del sujeto y por ello se lo desintoxica de las sustancias, se saca el objeto de la adicción.

Desde este marco se define como fin último de la clínica lograr la abstinencia al tóxico, la que a veces puede ser también una condición para el ingreso al tratamiento. Por ejemplo, las Comunidades Terapéuticas, entre otras instituciones, incluyen en sus reglas el “no drogas”, siendo su consumo motivo de expulsión la mayoría de las veces.

En la actualidad desde este enfoque se entiende al consumo problemático como una realidad compleja, resultado en gran parte de los efectos de la exposición prolongada de la función cerebral a la droga. La adicción es una enfermedad del cerebro que afecta a múltiples circuitos cerebrales, entre ellos relacionados con la gratificación y la motivación, el aprendizaje, la memoria, y el control de las inhibiciones sobre el comportamiento. El tratamiento no se considera sencillo dado que el abuso de drogas altera muchos aspectos de la vida de la persona.

Se pueden reconocer tres etapas en este tipo de tratamiento, la desintoxicación, se puede realizar dependiendo el caso en un hospital, o un establecimiento con plan ambulatorio o residencial. La segunda etapa es el tratamiento-rehabilitación biopsicosocial: se realiza un diagnóstico de efectos y consecuencias del consumo problemático, se deciden los objetivos terapéuticos. La tercera etapa es la fase de reinserción social, se realizan

actividades orientadas al entrenamiento de habilidades que favorezcan la integración social de la persona normalizada. Igualmente la reinserción aparece como objetivo en todo momento del proceso de rehabilitación.

El tratamiento debe ayudar al paciente a dejar de usar drogas, a mantener un estilo libre de ellas y a lograr un funcionamiento productivo en la familia, el trabajo y la sociedad.

Modelo de Reducción de Daños.

La reducción de daños también conocida como reducción del riesgo o minimización de los daños, es una política social, preventiva y asistencial de los daños potenciales relacionados con el uso de drogas. Tiene como objetivo prioritario disminuir los efectos negativos producto del uso de las mismas.

Se orienta a disminuir la morbilidad y mortalidad, prevenir las enfermedades transmisibles, favorecer la accesibilidad a los servicios asistenciales y mejorar la calidad de vida de los usuarios de drogas. También puede tender a generar cambios en la conducta de los usuarios de drogas a través de la educación; y dirigirse a modificar la percepción social acerca de las drogas y de los usuarios de drogas.

Los programas de reducción de daños tratan de reducir las consecuencias que el consumo de sustancias provoca, admitiendo la dificultad que muchas personas presentan para suspender el consumo. No procuran remplazar los servicios dirigidos a la abstinencia, sino que son un complemento indispensable.

Su objetivo es reducir los daños relacionados con las drogas, no focalizándose en el consumo en sí mismo o en la abstinencia, reconociendo que los daños son mayores que los producidos por las drogas mismas.

Es fundamental garantizar el acceso de todos a la información y a la prevención, facilitando el contacto con los sistemas de salud, evitando los costos sociales y subjetivos que acompañan a la penalización.

El objetivo central y principal es crear acciones e instituciones de salud que se preocupen por el sufrimiento subjetivo y no por la droga. No significa decir que la reducción de daños y la abstinencia sean mutuamente excluyentes, pero sí que la abstinencia no es el único objetivo para aliviar el padecimiento de una persona. La reducción de daños incluye una serie de objetivos, con etapas a alcanzar, las más inmediatas y realistas en el camino para disminuir los riesgos.

El consumo de drogas es una conducta compleja y recurrente, por lo que la reducción de daños significa proveer de atención médica, psicológica y social mientras se espera la recuperación natural, con el objeto de evitar alguna de las más dañinas consecuencias del uso de drogas. También puede usarse como una forma de objetivizar mejor el proceso de evaluación tanto de las políticas como de las drogas, permitiendo la identificación de los daños con los que hay que lidiar.

Las posturas abstencionistas y de reducción de daños muchas veces aparecen como antagónicas, pero podemos considerar que en la actualidad se apunta hacia la constitución de un modelo integrador, que sea más abierto y flexible.

Cabe destacar que ambos modelos de asistencia, hacen referencia exclusivamente al abordaje de consumo, cuando este ha llegado a ser una dependencia e implica una

conducta compulsiva, no así cuando se está produciendo un uso de sustancias u objetos, siendo esto también una parte del amplio concepto del consumo problemático que se sostiene en la presente investigación.

Más allá de los modelos con que se prefiera abordar la problemática, existe hoy un consenso generalizado, que tiene que ver con considerar que la acción debe comprender y abordar las áreas biológicas, psicológica y social, para ser efectivas.

Por otro lado aparece como una condición indispensable que la perspectiva de abordaje sea interdisciplinaria y complementaria. Para ello es necesario profundizar en lo que entendemos por intervención profesional en lo que atañe al consumo problemático.

Práctica profesional e intervención profesional.

Antes de profundizar en la intervención profesional, es necesario mencionar lo que entendemos por práctica profesional, como aquel conjunto de actos y acciones en la aplicación de conocimientos científicos y técnicos con el propósito de modificar la situación problema, objeto de la intervención profesional.

La práctica profesional existe en tanto la sociedad necesita que se cumplan determinadas funciones sociales. De acuerdo, a los cambios que se operan en la realidad, se alterará igualmente el contenido técnico-político de la intervención profesional.

La práctica profesional se sitúa al interior de la división social del trabajo, a partir del cual asume una especialización adquiriendo su ejercicio una cierta peculiaridad en el cuadro general de las profesiones.

Pensando en el abordaje e intervención de los profesionales de los equipos interdisciplinarios, entendemos tal como lo plantea Salazar, que desde diferentes lugares “la intervención” ha sido un tema de estudio. “El término intervenir proviene, etimológicamente del latín *interventio*. Es un venir entre, interponerse. En lenguaje corriente es sinónimo de mediación, intersección, buenos oficios, ayuda, apoyo, cooperación. Pero también es intromisión, injerencia, intrusión en la que la intención es violenta, o cuanto menos correctiva, se puede convertir en mecanismo regulador, puede asociar la coerción y la represión para el mantenimiento o el restablecimiento de un orden dado”.¹⁹

En otras palabras, estamos en presencia de un término contradictorio, que si bien da cuenta de una acción, en sí mismo lleva la carga de significaciones opuestas: lo autoritario y lo cooperativo.

Siguiendo a Parisí, podemos considerar a la intervención profesional como la puesta en “acto” de un trabajo o acciones a partir de una demanda, aunque esta enunciación resultaría insuficiente –o motivo de múltiples interpretaciones- si no reafirmáramos que esa “puesta en acto” se configura desde una matriz teórica. Al respecto el concepto que Alberto Parisí ofrece de “trabajo profesional”, al que entiende “... tanto como lugar donde se juega una visión teórica-ideológica específica, como un espacio de acción con sentido

¹⁹Salazar, Laura. “La intervención interpelada”. En Cazzaniga, Susana (Coord.) *Intervención profesional: legitimidades en debate*. Buenos Aires. Editorial Espacio. Año 2006. Pág. 271-276.

sobre la realidad...”²⁰, resulta significativo en tanto coloca con claridad la estructuración de lo que hemos dado en llamar puesta en acto: lo teórico ideológico y el sentido.

Son justamente estos dos aspectos los que otorgarán las características de toda intervención profesional y sobre los cuáles nos debemos una vigilancia constante o en todo caso un trabajo de elucidación²¹ (pensar lo que hacemos y saber que pensamos) en relación a la visión teórica e ideológica que poseen los profesionales y como ésta se materializa en esa acción con sentido. En este contexto la noción de sentido se torna “algo más” que un objetivo trazado en razón de una planificación de actividades al referirse al entendimiento (propio y ajeno) de los fines últimos que involucra al trabajo profesional. El sentido será deudor de la propia constitución del campo disciplinar y de la inscripción teórica, y a la vez en la misma puesta en acto producirá efectos sobre sujetos y representaciones sociales.

Es indispensable reconocer que la intervención profesional está atravesada por el lugar que esa profesión tiene asignado en el imaginario social, esto es, la construcción histórico-social que de esa profesión se ha realizado: funciones, características, práctica, resultados esperados, etc. En esta construcción operan el desarrollo histórico (sus antecedentes, sus vertientes, lo atribuido), como también las prácticas profesionales que le han otorgado, y de hecho le otorgan significación a la intervención profesional. Somernos al trabajo de elucidación que señalamos antes permite comprender el refuerzo, o las líneas de ruptura que se realizan sobre lo instituido.

Por otra parte, la intervención no es un episodio natural²², sino una construcción artificial de un espacio-tiempo, de un momento que se constituye desde la perspectiva de múltiples actores: los que solicitan la intervención (institución, sujetos individuales o colectivos), y los sujetos profesionales, en el marco, como expresamos en párrafos anteriores, de cierta estrategia de intervención social.

Esta consideración remite a remarcar dos aspectos relevantes:

* La demanda, que se expresa atravesada por la construcción imaginaria de la profesión y la propia percepción de los sujetos que la solicitan en lo que refiere a sus problemas y necesidades, en un contexto histórico particular. Esta demanda expresará las manifestaciones de los conflictos o en todo caso de la cuestión social del momento.

* La intervención, como proceso artificial, como un *venir entre*, que exige desde la posición de los profesionales, la capacidad teórica para comprender esa demanda e incorporar la dimensión ética en términos de reconocer las consecuencias que *sobre el otro*, produce la intervención. Nos estamos refiriendo a la producción de sentido específico que realizamos respecto de los sujetos: la promoción de sus autonomías, o la cancelación de las mismas. (¿Sujetos de asistencia?; ¿Sujetos de necesidades?; ¿Sujetos de derechos?; ¿Sujetos de deseos?).

De este modo podríamos analizar a la intervención profesional en Trabajo Social desde diferentes desagregados, a fin de comprenderla en su integralidad.

²⁰ Parisi, Alberto. “Paradigmas teóricos e intervención profesional”. Ed. Mimeo. Departamento de Investigación de la Escuela de Trabajo Social de la UNC. Córdoba. Año 1993.

²¹ Castoriadis, Cornelius. “La institución imaginaria de la sociedad” Vol. I. Ediciones Tusquet 2da. De. Bs. As. Año 1993.

²² Carballeda, Alfredo. “El proceso de análisis y la intervención en Trabajo Social”. Revista Escenarios Nº 2 Escuela Superior de La Plata. UNLP. Año 1997.

* Puesta en acto de un trabajo, de una acción con sentido sobre la realidad, a partir de una demanda (entendida como expresiones de la cuestión social) en situaciones particulares.

* "Hacer" fundado, argumentado. Toda intervención está enmarcada en un lugar teórico, esto quiere decir un modo de ver e interpretar la realidad, desde un régimen de la mirada.

* Tiene una intencionalidad, generar alguna modificación en relación con la situación que se le es presentada.

* Se expresa en una estrategia como construcción metodológica, esto es en un conjunto de mediaciones que dan cuenta de la intencionalidad y objetivos, y de sus "comos" particulares.

* Se trata de una construcción artificial. Se puede entender como un "venir entre", por lo tanto tiene connotación autoritaria. Es así, un dispositivo por donde circula el poder en estrecha relación con el saber.

* Presenta un carácter personalizado. En la intervención se da una relación cara a cara con los sujetos directamente involucrados. Esta relación produce efectos sobre los sujetos construyendo identidades.

La intervención se enmarca en un proceso metodológico basado en un posicionamiento ético político y un marco de referencia. En la presente investigación tomamos como parte de la misma el abordaje de los profesionales de los equipos interdisciplinarios por lo que optamos por la propuesta metodológica de Margarita Rozas Pagaza para referirnos al término abordaje o intervención.

Se considera a la intervención profesional, siguiendo a Margarita Rozas Pagaza, como un proceso, que se construye y reconstruye en el desarrollo de la práctica, basándose en una estrategia metodológica que permite la reflexión dialéctica y crítica sobre las situaciones problemáticas derivadas de la producción y reproducción de la vida social como expresión de la cuestión social.

En el caso del Trabajo Social, ésta interviene en la producción y reproducción de la vida social, estamos hablando de reproducción de la convivencia humana, de relaciones entre individuos, grupos, clases sociales, relaciones que en nuestra sociedad involucran poder, configurando relaciones de lucha, de confrontación, entre segmentos sociales que no tienen intereses idénticos, y que tienen en el Estado la expresión condensada de la trama del poder vigente en la sociedad.

La intervención profesional es un proceso que se construye a partir de las manifestaciones de la Cuestión Social y que dichas manifestaciones son las coordenadas que estructuran el campo problemático. El concepto de coordenada está pensado en el sentido de apropiarse de elementos y datos necesarios referidos a las manifestaciones de la Cuestión Social que nos posibilita definir un punto de partida en la direccionalidad de la intervención. Al mismo tiempo, dichas manifestaciones se expresan en la vida cotidiana de los sujetos generando un conjunto de tensiones que afectan sus condiciones de vida y que se constituyen en obstáculos para el proceso de reproducción social.

Entendemos la Intervención como Campo Problemático en la medida que ella se constituye en el escenario cotidiano donde se objetivan las manifestaciones de la Cuestión Social y que atraviesan la vida cotidiana de los sujetos.²³

Para complementar el tema de la intervención profesional, compartimos lo que plantea Alberto Calabrese, frente a la intervención en relación al consumo de problemático.

Calabrese plantea que el tema de las drogas, es una constante de la vida cotidiana del país. No es propio de los niveles etarios juveniles, ni ciñe exclusivamente a ellos, abarca a toda la sociedad.

Hay que colocar, entonces, las cosas en su lugar para poder entenderlas, ¿qué es lo que hoy hace atractivas a las sustancias? son fundamentalmente dos cuestiones, una es la carencia y la otra es una puesta errónea en que esto: "la sustancia", "me dará algo que saciará la carencia". La carencia es evidentemente, toda situación en la cual una persona siente, en un determinado momento y dentro de su propia perspectiva de ese momento, que su vida no tiene sentido. Esta carencia personal de sentido se inscribe o no, en la carencia general de proyecto y a la vez, la sociedad está creída en muchos casos erróneamente, que si se suprimieran las sustancias, automáticamente tendríamos una sociedad feliz, pero no es así no sólo no tendríamos una sociedad feliz, sino seguiríamos teniendo una sociedad con otros problemas conocidos o novedosos, por lo cual la sociedad canalizaría su infelicidad en otros tipos de situaciones.

Hay otra cuestión que es más complicada todavía y es la referida a lo institucional, es cuando aquella persona busca una respuesta, en un ámbito acotado, que sería el ámbito familiar y ese ámbito familiar no puede dar las respuestas porque no tiene un ámbito institucional que lo respalde. Cada vez con mayor frecuencia aparece el mensaje erróneo sobre la familia, se pretende decir que si el adicto no es culpable, debe haber una familia culpable. Cuando sabemos que esa familia a su vez tiene alguien que la sostiene (o que no la sostiene) y ese alguien somos nosotros, la sociedad, las instituciones, tanto públicas como privadas.

Existe otro contenido en torno al objeto – mercancía de consumo, el que tiene un valor de uso o de cambio, por tanto, es una mercancía, pero también otorga "dignificación" dado su alto valor monetario. Entonces para el sujeto que consume, no solamente tiene la inscripción: "la droga que me da todo", como veíamos antes, sino que al mismo tiempo, tiene un prestigio desde el punto de vista de poder, del dinero, de consumo, todo ello contrario al castigo, y esto de alguna forma provoca una sensación de que incorporándose al circuito, de alguna manera a uno le va a ir bien.

Evidentemente el problema es muy grande como para que sea un exclusivo problema de la responsabilidad jurídica o médica. La problemática obliga a una transversalidad de todos los sectores sociales porque, como dijimos, es un problema social global, por tanto no solamente lo podemos controlar por una cuestión de tipo penal, o por una cuestión de tipo médico. Por ello, cuando se plantea cuántos institutos se necesitan

²³Rozas, Margarita. "Una perspectiva teórico- metodológica de la intervención en trabajo social". Buenos Aires. Editorial Espacio. Año 1998.

para poder atender a sujetos con consumo problemático, habría que pensar cuántas respuestas podemos instrumentar antes de llegar al tratamiento.

Si lo que estaba jugándose, como veíamos antes, es la carencia de sentido, el sentido no se crea únicamente por una respuesta médica, ni jurídica, se crea en la transversalidad. Se crea en una escuela la cual no da solamente contenidos educativos, da contenidos de apertura, de inclusión, de desarrollo de otros tipos de actividades, de estímulos: el deporte, la creatividad, la inteligencia, sean estas posibilidades de inserción.

La intersectorialidad se da cuando justamente los actores públicos y privados logramos entendernos y convergernos para llegar a una verdadera recta.

Todo lo que hagamos con sentido creativo, participativo y de opciones de trabajo, de imaginación, de recreación, en fin de todos los ámbitos de desarrollo del hombre, serán ámbitos de prevención del consumo problemático.

Si una persona no tiene perspectivas laborales: está enfermo. Si una persona no tiene inserción cultural: está enfermo. Si una persona no tiene creencias: está enfermo, enfermo de perspectivas. Entonces el sentido preventivo del consumo problemático va más allá de lo que podemos instrumentar desde una medida parcial ya sea médica, jurídica, social, etc. Todas ellas deben estar absolutamente entramadas para dejar de ser una óptica parcial y sumarse en una totalidad. Si no recreamos la trama, esta sociedad puede gastar 100 veces más de lo que ya se gasta en tratar de prevenir a través del control y no lograrlo nunca. Desde luego que no quiero decir que no se deba trabajar en el control, sino que éste sea tan solo uno de los aspectos que involucran la visión integral de un abordaje.

Prevención sin compromiso no es prevención, serían simples carteles como por ejemplo: "cuando conduce colóquese el cinturón de seguridad". Sabemos que en Argentina casi nadie lo utiliza, porque aún falta conciencia, y para tener conciencia hace falta desmenuzar cuales son los elementos que dan validez a tener que colocarse el cinturón de seguridad y el sentido de usarlo. Igualmente sucede con los elementos que validan no tener que consumir sustancias psicoactivas.

Se tiene que apuntar a que todos juntos operemos sobre situaciones sociales, en las cuales se trate de revertir la falta de compromisos que hoy se tiene.

Si podemos instalar un sentido preventivo en el sentido más puro de la etimología del término, el cual quiere decir "yo, el que puedo", entonces desde ese poder, podremos. Podremos, en cambio de seguir sumando cifras sobre la actuación del narcotráfico, visualizar qué y cuáles son las acciones que hacemos para que la gente consiga tener proyectos, para que la gente sienta que su vida merece la pena de ser vivida.²⁴

Tal como dice Calabrese, el consumo problemático debe ser comprendido desde la intersectorialidad, es decir, desde todos los sujetos y sectores que formamos parte de la sociedad; por ello consideramos que la problemática debe ser abordada desde un trabajo interdisciplinario.

Trabajo en Equipo e Interdisciplina.

²⁴Calabrese, Alberto. "La problemática de la droga desde la óptica social". Artículo de la presidencia de la Nación. Año 1998.

Trabajo en Equipo

En este punto explicitaremos la importancia del trabajo en equipo, ya que es sumamente necesario para constituir un trabajo interdisciplinario.

Un equipo de trabajo es un conjunto de personas que se organizan de una forma determinada para lograr un objetivo común. Existe trabajo en equipo cuando la calidad o la naturaleza del trabajo individual resultan modificadas por la elaboración del método de trabajo en equipo.

En esta definición están implícitos tres elementos claves del trabajo en equipo:

+ Conjunto de personas: los equipos de trabajo están formados por personas, que aportan a los mismos una serie de características diferenciales: experiencia, formación, personalidad, aptitudes, etc., que van a influir decisivamente en los resultados que obtengan esos equipos. Estas personas no están desarticuladas, se articulan en una compleja trama de interrelaciones que incluyen los vínculos interpersonales, el contexto, la historia individual, entre otros.

+ Organización: existen diversas formas en las que un equipo se puede organizar para el logro de una determinada meta u objetivo, por lo general esta organización implica algún tipo de división de tareas y discusiones entre el mismo en torno a algún fenómeno.

+ Objetivo en común: no debemos olvidar que las personas integrantes del equipo, tienen un conjunto objetivos que buscan cumplir. Una de las claves del buen funcionamiento de un equipo de trabajo es que las metas personales sean compatibles con los objetivos del equipo. El equipo se constituye y tiene sentido por y en la tarea a cumplir.

Podríamos definir el trabajo en equipo como la acción individual dirigida, que al tratar de conseguir objetivos compartidos, no pone en peligro la cooperación y con ello robustece la cohesión del equipo de trabajo. La cooperación se refiere al hecho de que cada miembro del equipo aporte a éste todos sus recursos personales para ayudar al logro del objetivo común.

Una característica fundamental del trabajo en equipo, lo constituye el consenso, como la mejor forma de tomar decisiones siempre y cuando el tiempo y la situación lo permitan. Así en el proceso y en el acto de toma de decisiones, mediante el consenso, los integrantes del equipo sienten:

- Que sus opiniones son tenidas en cuenta.
- Que son protagonistas de su propia tarea.
- Que pueden participar abiertamente.
- Mayor compromiso y motivación.
- Que de la diversidad de opiniones se puede aprender.
- Fortalecida la sensación de pertenencia.

Por otra parte, la cohesión, otra de las características del trabajo en equipo, es el grado de atracción que cada miembro del equipo siente hacia éste. Los equipos cohesionados se caracterizan porque tienen menos conflictos, y cuando éstos surgen, se encauzan y se resuelven de manera positiva, la comunicación es más fluida y todos los integrantes sienten que tienen la oportunidad de participar en las decisiones tomadas por el

equipo. Los miembros de un equipo cohesionado valoran su pertenencia y se esfuerzan por mantener relaciones positivas con los miembros de otros equipo.

En los equipos cohesionados se observa que los miembros desarrollan una serie de actividades importantes para el mantenimiento del mismo. Se trata de una serie de comportamientos que mantienen al equipo como un sistema social que funciona, y que evita los antagonismos emocionales y los conflictos. En un equipo efectivo, cada miembro favorece las relaciones interpersonales y aporta sus habilidades para trabajar juntos a lo largo del tiempo.

En los equipos de trabajo el grupo de individuos elabora "normas de trabajo" constitutivas de un marco metodológico que permita alcanzar el o los objetivos fijados. Se hace imprescindible tener un conjunto de elementos tales como valores, conceptos, modelos, técnicas e instrumentos, para el abordaje profesional de la realidad que lleguen a ser comunes a todos los miembros del equipo, que se deben consensuar y crear conjuntamente a partir de los saberes y características de cada uno de los miembros.

Interdisciplina.

Al hablar de abordaje interdisciplinario debemos tener en cuenta que bajo ese nombre pueden haber posiciones antitéticas instaladas en fuertes diferencias, tanto desde puntos de vista ideológicos, como desde el propiamente epistémico.

Por ello, lo que se trata en este apartado es de problematizar la cuestión; porque a menudo se la trabaja como si fuese simple, como si fuese obvia. Como si la interdisciplina fuera algo así como ‘bueno, juntemonos aquellos que pertenecemos a formaciones distintas y aunando esfuerzos vamos, seguramente, a poder potenciar las posibilidades que cada uno tendría aisladamente’. Y esto es bastante más complicado en los hechos.

Existe una amplia variedad y gama de matices y puntos de vistas en las disciplinas, lo que supone que producir desde ellas un cierto collage combinatorio puede enriquecer interpretaciones y promover nuevas ópticas.

La interdisciplina no es una especie de armonía natural que se da cuando se juntan las personas provenientes de diferentes disciplinas. Sin embargo es importante tener en cuenta que cuando no funciona el trabajo interdisciplinar, cuando hay diferencias de lenguaje, cuando hay desentendimientos mutuos, no hay que pensar “qué mal que estamos”, “somos malos docentes o malos investigadores” o “será que nos formamos de manera demasiado disciplinar”; sino más bien que la idea misma de interdisciplina planteada así, de un modo simplista y sin criterios de constitución, es una idea un poco descaminada.

De este modo, es necesario, que quienes sostienen la interdisciplina desde otros lugares ideológicos se hagan cargo de especificar sus diferencias conceptuales y de despejar su propuesta de ambigüedades, para evitar de este modo distorsionar los objetivos que implica realizar un trabajo interdisciplinario.

Al cambiar un determinado contexto socio-histórico, las demandas sociales pueden ser distintas y las respuestas a estas nuevas demandas habrán de ser lógicamente diversas. Por ello es que a partir de los años 70 comienza a surgir la necesidad de pensar y abordar los diversos objetos de estudio de una manera más compleja, global e integradora, dando como resultado la necesidad de integrar las miradas de diversas disciplinas en el abordaje

de un objeto. Tal es así, que para abordar el consumo problemático, se plantea una intervención interdisciplinaria, con todo lo que ésta implica.

Según Follari, lo interdisciplinario es la conjunción de lenguajes diferentes, que hablan de cosas distintas, en términos diferentes y por lo tanto implica un arduo esfuerzo mancomunar puntos de vista, acercar diferencias de significado de las palabras y construir un marco. Por interdisciplina suele entenderse la interacción de disciplinas diferentes, a través de sus categorías, leyes, métodos, etc., en el sentido de que las modalidades de una de ellas sirven al objeto de otra, y son incorporadas por estas últimas.²⁵

El espacio de “lo social” constituye nuestro campo de intervención. Ahora bien, se trata de un campo compartido por otras profesiones que trabajan en el ámbito de lo público: médicos, psicólogos, psicopedagogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, agentes sanitarios, abogados, entre otros. Es fundamental eliminar el recorte de la mirada particular, ya que se trata de las condiciones de vida de los sujetos involucrados en la intervención, tanto materiales como simbólicas que permiten la construcción teórica del objeto de intervención. El objeto de intervención no es algo dado de antemano, sino una problematización teórica que se realiza en relación con una referencia empírica, en este caso las condiciones de vida de los sujetos que demandan la intervención.

De este modo, si bien se puede reconocer desde las diferentes disciplinas aspectos de incumbencia específica, la comprensión de las situaciones que se abordan merecen un análisis complejo que ponga en juego las especificidades de los saberes profesionales en clave de integralidad, para luego identificar las intervenciones particulares desde una perspectiva de complementariedad. Desde esta perspectiva no hay una disciplina particular que interviene en lo social, en todo caso habría una “mirada disciplinar” que se hace cargo de ciertos aspectos de lo social.

Por otra parte, es interesante repensar el campo de intervención de los equipos interdisciplinarios en el ámbito público. Los objetos complejos deben abordarse con herramientas complejas. Los problemas sociales presentan de por sí una gran complejidad, acentuada en la actualidad dadas las transformaciones operadas en el contexto. Dice Tenti Fanfani al respecto: “... la complejidad de los nuevos problemas sociales hace que ninguna profesión en particular sea capaz de dar respuesta global a los mismos”, y frente a ello el autor llama la atención a la formación profesional diciendo “...es sintomático que la formación de los especialistas no haya tomado suficientemente en cuenta la necesidad de desarrollar en sus graduados las habilidades necesarias para el trabajo en equipos interdisciplinarios”

Desde hace tiempo sabemos que la interdisciplina no es simplemente la suma de diversas disciplinas, sino la construcción de un nuevo modo de entender y abordar al sujeto. Supone por lo tanto varias ideas: la complejidad del objeto de estudio, la visión que se tiene desde cada disciplina, lo incompleto de cada una de esas miradas y la necesidad de un espacio de construcción. La interdisciplinariedad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento implica básicamente reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. La interdisciplina no se da naturalmente, sino que se construye. “Se construye” significa que es fruto de un trabajo específico de producción. Sí no se da automáticamente, hay que “armarla”. Implica un complejo proceso de constitución

²⁵ Follari, Roberto. “Interdisciplinariedad: los avatares de la ideología”. México, UAM-Azcapotzalco. Año 1982. Pág. 135- 138.

y configuración que exige a disciplinas que se han mantenido históricamente diferenciadas, hacerse capaces de sintetizar aspectos determinados de sus teorías, métodos y desarrollos en general, consiguiendo así una integración mutua en relación a propósitos prefijados.

Antes de seguir profundizando en la interdisciplina, es importante diferenciarla de otros dos conceptos epistémicos: la multidisciplina y la transdisciplina.

Se entiende por multidisciplina la aplicación a una temática de aportes de disciplinas científicas diversas, sin que se mezclen los contenidos de las mismas. Por ejemplo, hacer un estudio acerca de determinado objeto de estudio, desde la Sociología, la Antropología, la Geografía Física, la Historia, la Economía, etc., cada una por su parte. Podría dar lugar a una posterior publicación, donde cada artículo fuera redactado por un especialista de estas diversas disciplinas participantes. No hay relación sistemática entre los aportes diferenciados de estos investigadores. Lo interdisciplinario nunca es lo multidisciplinario. Lo multidisciplinario es simplemente que cada uno de los científicos provenientes de una disciplina diga lo suyo, y luego los sumamos. Como quien hace un libro: aquí está lo que dijo el historiador, lo que dijo el geógrafo, lo que dijo el sociólogo, lo que dijo el politólogo.

En cambio, se entiende por transdisciplinala aplicación de modelos, técnicas, categorías, etc., de una disciplina científica en otra u otras. Se trata de cómo desde una disciplina se aporta a otras a partir de exportar elementos propios, los que al ser retomados por otras disciplinas tienen que ser releídos en cuanto a la especificidad de su singular objeto. Un caso típico en ciencias sociales fue el del estructuralismo francés, donde desde la Lingüística se configuraron nociones que permearon luego a la Semiología, la Antropología, el Psicoanálisis, e incluso la teoría social marxista.

Y por interdisciplina entendemos que modelos, leyes, categorías, técnicas, etc., provenientes de disciplinas científicas diferentes, se mezclen entre sí para promover un conocimiento nuevo, un producto que resulte diferente de lo que existía en las disciplinas que contribuyeron a configurarlo.²⁶

Lo interdisciplinar se entiende como la integración. Es decir, como la capacidad de producir un discurso que incluya los aspectos metodológicos o de contenido de las disciplinas previas, sin repetirlos en su estado original. Es decir, se trata de producir algo nuevo, que no estaba previamente en esas disciplinas; si no, sería pura reiteración. Se trata de promover algo que antes no estaba; y para promoverlo, hay que trabajar. Hay que ver en qué se pueden poner de acuerdo estos discursos que al principio funcionan como muy externos uno al otro, y que no se entienden entre sí, para que a partir de condiciones de cierto mutuo entendimiento se pueda avanzar hacia confluencias cada vez nuevas.

La propuesta interdisciplinaria incluye un cuestionamiento a los criterios de causalidad lineal, y atenta contra la posibilidad de fragmentación de los fenómenos a abordar. Implica también el reconocimiento de que los campos disciplinares no son un "reflejo" de distintos objetos reales sino una construcción históricamente determinada.

Un trabajo es interdisciplinario, cuando los actores portadores de cada disciplina están en condiciones de relativizar sus propias certezas, interrogarse sobre sus paradigmas, fundamentos y permitirse penetrar por las ideas, prácticas y certezas de otras disciplinas,

²⁶ Follari, Roberto. "Acerca de la Interdisciplina: posibilidades y límites". Interdisciplinal, núm. 1. Año 2013
Pág. 111-130.

cuestionándose por los marcos referenciales, potenciando el pensamiento crítico colectivo y por ende el aprendizaje grupal.

Es que puede haber interdisciplina sólo cuando hay disciplinas. O sea que la interdisciplina no reemplaza a las disciplinas sino que por el contrario las supone; es decir que para que haya mezcla de las disciplinas tiene que haber conocimiento de cada una. La interdisciplina es interpersonal, no hay sujeto que sea por sí solo interdisciplinario. No hay nadie que por sí mismo sea portador de lo interdisciplinario, por más que trabaje en un grupo interdisciplinario. Porque imagínense, por ejemplo, un sociólogo que forma parte de un grupo interdisciplinario donde hay psicólogos y antropólogos; cuando él se va del grupo no es que pueda decir: “yo ya llevo conmigo el saber antropológico y el saber psicológico”. No, ese saber interdisciplinario opera como un efecto de la síntesis del grupo, y se da sólo cuando está cada uno de los portadores de las disciplinas, por ejemplo el sociólogo: si él no está, los demás no tienen disponible el conocimiento sociológico como ingrediente necesario de la síntesis.

De tal modo, cuando a la interdisciplina pretende manejarla un solo científico, le adscribe inconscientemente su propio sesgo disciplinar. Así que, idealmente, el trabajo interdisciplinario requiere de todos los actores de las disciplinas que resulten necesarias a dicho trabajo.

Por ello la interdisciplina no es ni más ni menos que la confrontación en el diálogo de distintas visiones del mundo traducidas en conocimiento. Implica también la necesidad de nuevas formas de diálogo entre diferentes campos de saber, dadas las características de los escenarios actuales. Diálogo que en definitiva se traduce en Intervención en Lo Social.

Así, la Interdisciplina, se puede presentar como una oportunidad en función de desarrollar estrategias de intervención en una sociedad fragmentada, con una fuerte tendencia a la individuación, donde la "competencia" individual desvaloriza el trabajo en equipo. La Interdisciplina se puede conformar como una oportunidad de acceso a lo nuevo y complejo de aquello que interpela al campo de la Intervención en Lo Social.

La interdisciplina no podría prometer resultados siempre exitosos, pero es sin duda una puerta necesaria que abrir, quizá la más esclarecedora posible frente a esta complejidad creciente. Desde este punto de vista lo interdisciplinario aparece como muy necesario y es importante desbrozar sus condiciones para obtener de allí lo máximo posible, a la vez que no esperar otra cosa que lo que efectivamente pudiera lograrse.

Desde nuestra perspectiva, consideramos que puede haber trabajo en equipo sin que haya interdisciplina, ya que puede conformarse un equipo de trabajo con profesionales de una misma disciplina o un equipo de trabajo integrado por un conjunto de personas que tengan un objetivo común.

Sin embargo la Interdisciplina no puede ser construida sin que exista el trabajo en equipo. Este es la base de un abordaje interdisciplinario construido desde la especificidad de cada profesión. El equipo de trabajo constituye el espacio en donde se ponen en juego los saberes profesionales que desembocan en abordajes de intervención en Lo Social.

Consideramos que la intervención en el consumo problemático tienen que ser realizada desde un trabajo interdisciplinario, de manera tal que se aborde teniendo en cuenta la complejidad de la problemática.

En esta investigación, nos interesa recopilar datos desde la perspectiva de los profesionales que trabajan interdisciplinariamente; por ello, a continuación, retomamos la categoría antropológica de perspectiva del actor, haciendo referencia con ello a los profesionales; para poder comprender los marcos de referencia que utilizan a la hora de interpretar los discursos de los sujetos con los que trabajan.

Perspectiva del actor.

Existe un vasto y polémico campo de discusión, en torno a la explicación de las contradicciones entre lo que se considera que puede hacerse, lo que se dice que se hace, y lo que se observa en su práctica concreta. Las vías para dirimir esta cuestión son múltiples y dependen de decisiones teóricas.

Pensar en ello nos lleva a tomar a la autora Rosana Guber y su explicación sobre la perspectiva del actor para poder entender aquellas contracciones que se puedan presentar a medida que avanza la investigación y el cómo la perspectiva de los profesionales, en el caso de esta investigación, podrían condicionar o no el acceso a la salud de los sujetos.

Entendemos que un paradigma guarda una correspondencia con lo real que no es directa, sino que requiere de sucesivas mediaciones en las que se manifieste el mundo de los actores. A este mundo no se accede directamente por la percepción sensorial del investigador, sino por un constante diálogo con su modelo teórico que es lo que le permite ordenar sus prioridades y criterios selectivos para la observación y el registro. Por consiguiente, la perspectiva del actor es una construcción orientada teóricamente por el investigador, quien busca dar cuenta de la realidad empírica tal como es vivida y experimentada por los actores. Ello no excluye el reconocimiento de la lógica de los actores, sino que hace posible una mirada progresivamente no etnocéntrica.

El investigador emplea sus propios marcos de referencia para interpretar, en un principio, qué sucede en el sistema estudiado. Pero los irá modificando gradualmente, en búsqueda de un marco que dé cuenta de la lógica de sus actores. De lo contrario, se estaría imponiendo un marco de referencia ajeno a ese grupo social, y violentando aquello que se estudia.

Por ello, “los significados desarrollados por los sujetos activos entran en la constitución práctica del mundo” y por eso se trata de un “mundo preinterpretado”. A ese universo de referencia compartido -no siempre verbalizado- que subyace y articula el conjunto de prácticas, nociones y sentidos organizados por la interpretación y actividad de los sujetos sociales, lo hemos denominado perspectiva del actor. Esta no está subsumida exclusivamente en el plano simbólico y en el nivel subjetivo de la acción; y ello puesto que tomamos la acción en su totalidad, es decir, considerando al significado como parte de las relaciones sociales. No significa que la perspectiva del actor sea un marco unívoco igualmente compartido y apropiado por todos, pero sí que determina el universo social y culturalmente posible, así como las acciones y nociones que estarán referidas y enmarcadas en ella. Al igual que la diversidad, la perspectiva del actor tiene existencia empírica, aunque su formulación, construcción e implicancias estén definidas desde la teoría.

Para acceder a y construir la Perspectiva del Actor, para relevar aspectos informales o no documentados y establecer contradicciones y relaciones entre verbalizaciones y prácticas, para evidenciar la articulación entre los distintos aspectos de la vida social, para ampliar y descentrar la mirada sobre los sujetos, la presencia directa o contacto con el campo es condición necesaria pero no suficiente. A eso se añade la elaboración teórica y

del sentido común que, desde el principio al final, permite apropiarse de la información, transformarla en dato y organizarla en una explicación. La perspectiva del actor constituye una parte de la explicación de lo real.

Por todo lo mencionado respecto a la perspectiva del actor, es que comprendemos la importancia de tenerla en cuenta a la hora de avanzar con la investigación, ya que la perspectiva de los profesionales jugara siempre un rol importante al momento de tomar alguna decisión y tomar contacto con los sujetos con los que se relaciona y trabaja.

Teoría de Campo.

La presente investigación se llevara a cabo tomando la Teoría de Campo de Pierre Bourdieu.

Para entender un campo, Bourdieu primero aclara que debe diferenciárselo de la noción de espacio social. Por esto último hay que entender un sistema de posiciones sociales que se definen las unas en relación con las otras. El valor de cada posición se mide por la distancia social que las separa de otras posiciones inferiores o superiores. Es decir, el espacio social es un sistema de diferencias sociales jerarquizadas en función de un sistema de legitimidades socialmente establecidas en un momento dado. En un espacio social determinado, las prácticas de los agentes tienden a ajustarse de manera espontánea, en periodos normales, a las posiciones sociales establecidas entre posiciones. Es la dosis de conformismo requerido para el buen funcionamiento del sistema. Lo que no excluye que en épocas de crisis se transgredan o se redefinan las distancias sociales.

Bourdieu define al campo social como una esfera de la vida social que se ha ido autonomizando de manera gradual a través de la historia en torno a cierto tipo de relaciones, intereses y recursos propios, diferentes a los de otros campos. Los campos sociales son espacios de juego relativamente autónomos: son “campos de fuerzas pero también campos de luchas para transformar o conservar estos campos de fuerzas”. Sólo pueden funcionar con los agentes “que invierten en él, en los diferentes significados del término, que se juegan en él sus recursos [capitales], en pugna por ganar, contribuyendo así, por su propio antagonismo, a la conservación de su estructura o, en condiciones determinadas, a su transformación”.

La teoría de los campos de Bourdieu se inscribe en el marco de una larga tradición de reflexiones sociológicas y antropológicas sobre la diferenciación histórica de las actividades, las funciones sociales y, en particular, de la división social del trabajo. Esa diferenciación es una manera de bajar la tasa de frustración en la lucha por la vida. En vez de competir todos en un mismo campo, se multiplican éstos y se aumentan las posibilidades de no clasificar tan mal.

El sociólogo francés sostiene que un campo se encuentra determinado por la existencia de un capital común y la lucha por su apropiación. Entendido como una arena dentro de la cual tiene lugar un conflicto entre actores por el acceso a los recursos específicos que lo definen, el campo posee una estructura determinada por las relaciones que guardan entre si los actores involucrados. De manera que, el campo consiste en un sistema estructurado de posiciones sociales a la vez que un sistema estructurado de relaciones de fuerza entre esas posiciones.

En términos analíticos, cada campo particular se encuentra constituido por una red de relaciones objetivas entre diferentes posiciones. De acuerdo a Bourdieu, pensar en términos de campo es pensar en términos de relaciones, relaciones objetivas entre

individuos que existen independientemente de la conciencia y los deseos de los individuos. Cada campo es —en mayor o menor medida— autónomo; la posición dominante o dominada de los agentes en el interior del campo depende en algún grado de las reglas específicas del mismo.

Un campo es un sector determinado de la actividad social (estructuras simbólicas); ejemplos específicos de campos analizados por Bourdieu o sus discípulos han sido el arte, el sistema educativo, los medios de comunicación de masas o el mercado de la vivienda. En cada uno de estos sectores, los individuos participantes desarrollan actividades en las que ponen en juego los recursos de los que disponen buscando obtener los bienes que sólo este campo específico puede proveer.

Las posiciones de los agentes o instituciones les imponen una determinada situación en la estructura de la distribución de las clases de poder o capital cuya posesión determina el acceso a específicos beneficios inherentes a cada campo, así como una relación de acuerdo a otras posiciones. A cada campo le corresponde una específica y particular forma de capital. Así se representa a la sociedad como un espacio en el cual los agentes e instituciones se encuentran definidos por las posiciones que ocupen en dichos espacios. Este espacio social en que se encuentran los individuos es un campo de fuerzas, una red de relaciones de poder objetivas que se imponen sobre quienes se encuentran en los campos.

El concepto de campo es indisociable del de habitus (y del de capital). En efecto, según Bourdieu, “el principio de la acción histórica, - la del artista, la del científico o la del gobernante, como también la del obrero o la del pequeño funcionario -, no radica en un sujeto que enfrentaría a la sociedad como a un objeto constituido en la exterioridad. Dicho principio no radica ni en la conciencia ni en las cosas, sino en la relación entre dos estados de lo social, es decir, la historia objetivada en las cosas bajo forma de instituciones, y la historia encarnada en los cuerpos bajo la forma del sistema de disposiciones duraderas que llamo habitus” (Bourdieu, 1982: 37-38).

Aquí se postula claramente una relación dialéctica entre habitus y campo, en el sentido de que el uno no puede funcionar sino en relación (recíproca) con el otro. Por consiguiente, es el encuentro entre habitus y campo, entre “historia hecha cuerpo” e “historia hecha cosa”, lo que constituye el mecanismo principal de producción del mundo social. Bourdieu especifica de este modo el doble movimiento constructivista de interiorización de la exterioridad y de exteriorización de la interioridad. El habitus sería el resultado de la incorporación de las estructuras sociales mediante la “interiorización de la exterioridad”, mientras que el campo sería el producto de la “exteriorización de la interioridad”, es decir, materializaciones institucionales de un sistema de habitus efectuadas en una fase precedente del proceso histórico-social.

De acuerdo con Bourdieu, podemos entonces afirmar que, el habitus es una interiorización de las reglas de juego del campo, una formación y una estructura interna. Es una manera de crear y generar unas disposiciones mentales, una forma de encarnar muchas de las cosas aprendidas en el contexto a través de los medios, a través de los sentidos. Integra en los sujetos dentro de un campo, las normas, la disciplina y las conductas que se interiorizan y se repiten de manera espontánea o natural, en la medida en que son

aprehendidas. El habitus tiene también una tendencia conservadora a reproducir las reglas de juego del campo y permite la aprehensión de lo interno para trascender lo de afuera.²⁷

De esta manera, teniendo en cuenta la categoría central de la teoría de Bourdieu, consideraremos a la salud y educación como campos autónomos, cada uno con sus propios agentes, dotados de capitales determinados (recursos puestos en juego en cada campo) y ocupando diversas posiciones dentro del espacio social.

A los fines de la investigación incluiremos en el campo de la salud las siguientes instituciones pertenecientes a los departamentos del Gran Mendoza:

- Centros Preventivos Asistenciales en Adicciones.
- Centros de Salud.
- Hospitales.

En el campo de la educación se encuentran todos los agentes que ocupan determinadas posiciones vinculadas a la misma. Por lo tanto incluiremos en este campo a:

- Servicios de Orientación del nivel secundario.

Para poder trabajar con estos campos debemos tener presentes que “Un campo no es simplemente una estructura muerta o un sistema de «lugares vacíos», sino un espacio de juego que sólo existe en cuanto tal en la medida en que existan también jugadores que entren en él, que crean en las recompensas que ofrece y que las busquen activamente. De donde se sigue que una teoría adecuada del campo implica por necesidad una teoría de los agentes sociales” (Wacquanten Bourdieu, 1992: 26).

Derecho a la Salud.

En la presente investigación, indagaremos acerca del acceso de los sujetos al derecho a la salud, por eso es de fundamental importancia profundizar teóricamente en este derecho, tanto a nivel general, en tanto salud física como mental, y también cuales son los elementos que lo componen. A su vez, realizaremos un recorrido del derecho a la salud en el marco internacional, nacional, y provincial, a fin de conocer las instituciones intervinientes en el consumo problemático.

Como seres humanos, nuestra salud y la de quienes están a nuestro cuidado es motivo de preocupación cotidiana. Independientemente de nuestra edad, género, condición socioeconómica u origen étnico, consideramos que la salud es el bien más básico y precioso que poseemos. Por otra parte, la mala salud puede impedirnos asistir a la escuela o ir a trabajar, cumplir con nuestras responsabilidades familiares o participar plenamente en las actividades de nuestra comunidad. Por la misma razón, estamos dispuestos a hacer muchos sacrificios si ello nos garantiza a nosotros y a nuestras familias una vida más larga y más sana. En pocas palabras, cuando hablamos de bienestar, a menudo estamos pensando en la salud.

El Derecho a la Salud se refiere a que la persona tiene como condición innata, el derecho a gozar de un medio ambiente adecuado para la preservación de su salud, el acceso a una atención integral de salud, el respeto al proceso salud - enfermedad y a su cosmovisión. Este derecho es inalienable, y es aplicable a todas las personas sin importar

²⁷ Bourdieu, Pierre. “Razones Prácticas. Sobre la teoría de la acción”. Ed. Anagrama. Barcelona. Año 1997. Pág. 19.

su condición social, económica, cultural o racial. Para que las personas puedan ejercer este derecho, se debe considerar accesibilidad y equidad.

El derecho a la salud es parte fundamental de los derechos humanos y de lo que entendemos por una vida digna. El derecho a *disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental*, por decirlo con todas las palabras, no es nuevo. En el plano internacional, se proclamó por primera vez en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 1946, en cuyo preámbulo se define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades". También se afirma que "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social".

En la Declaración Universal de Derechos Humanos, de 1948, también se menciona la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado (art. 25). El derecho a la salud también fue reconocido como derecho humano en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1966. Desde entonces, se ha reconocido o se ha hecho referencia al derecho a la salud o a elementos del mismo, por ejemplo el derecho a la atención médica, en otros tratados internacionales de derechos humanos.

El derecho a la salud es importante para todos los Estados: todo Estado ha ratificado por lo menos un tratado en el que se reconoce ese derecho. Además, los Estados se han comprometido a protegerlo en el marco de declaraciones internacionales, leyes y políticas nacionales y conferencias internacionales.

En los últimos años, se ha prestado cada vez más atención al derecho al nivel más alto posible de salud, por ejemplo en el ámbito de los órganos que supervisan la aplicación de los tratados de derechos humanos, la OMS y la Comisión de Derechos Humanos (actualmente sustituida por el Consejo de Derechos Humanos), que en 2002 creó el mandato del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Estas iniciativas han contribuido a esclarecer la naturaleza del derecho a la salud y cómo realizarlo.

Aspectos fundamentales del derecho a la salud.²⁸

El derecho a la salud es un derecho inclusivo.

De acuerdo a la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se reconoce a la salud como derecho inalienable e inherente a todo ser humano. Esto implica la obligación del Estado de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud de todos sus ciudadanos, no sólo asegurando el acceso a la atención de salud, sino también la atención adecuada.

Frecuentemente asociamos el derecho a la salud con el acceso a la atención sanitaria y la construcción de hospitales. Es cierto, pero el derecho a la salud es algo más. Comprende un amplio conjunto de factores que pueden contribuir a una vida sana. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que es el órgano encargado de

²⁸ Muchas de estas y otras importantes características del derecho a la salud se clarifican en la Observación general Nº 14 (2000) sobre el derecho a la salud, aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

llevar a cabo un seguimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales²⁹, los denomina "factores determinantes básicos de la salud". Son los siguientes:

- Agua potable y condiciones sanitarias adecuadas;
- Alimentos aptos para el consumo;
- Nutrición y vivienda adecuadas;
- Condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres;
- Educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud;
- Igualdad de género.

El derecho a la salud comprende algunas libertades.

Tales libertades incluyen el derecho a no ser sometido a tratamiento médico sin el propio consentimiento, por ejemplo experimentos e investigaciones médicas o esterilización forzada, y a no ser sometido a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes.

El derecho a la salud comprende, valga la redundancia, algunos derechos.

Esos derechos incluyen los siguientes:

- El derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a todos iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud;
- El derecho a la prevención y el tratamiento de las enfermedades, y la lucha contra ellas;
- El acceso a medicamentos esenciales;
- La salud materna, infantil y reproductiva;
- El acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos;
- El acceso a la educación y la información sobre cuestiones relacionadas con la salud; La participación de la población en el proceso de adopción de decisiones en cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario y nacional.

Deben facilitarse servicios, bienes e instalaciones de salud a todos sin discriminación.

La no discriminación es un principio fundamental de los derechos humanos y es decisivo para el disfrute del derecho al más alto nivel posible de salud.

Todos los servicios, bienes e instalaciones deben estar disponibles y ser accesibles, aceptables y de buena calidad:

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas ha señalado que el derecho a la salud abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

- ❖ *Disponibilidad:* se refiere a que cada Estado debe tener disponible un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud y centros de atención de salud públicos, recursos humanos (considerando médicos, profesionales, técnicos y personal de salud capacitados) y programas, que

²⁹El Pacto fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entró en vigor en 1976, y el 1º de diciembre de 2007 había sido ratificado por 157 Estados.

incluyan los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

- ❖ *Accesibilidad*: significa que los establecimientos, bienes y servicios de salud se encuentren accesibles a todos, haciendo hincapié en los sectores más vulnerables y marginados de la población. Lo anterior implica:
 1. *Accesibilidad física*: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, así mismo los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable deben ser de acceso intradomiciliario o encontrarse a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales.
 2. *Accesibilidad económica (asequibilidad)*: Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad y ser proporcionales a los ingresos financieros de los hogares.
 3. *Acceso a la información*: Comprende el derecho del paciente a recibir y solicitar toda la información necesaria sobre su situación y el tratamiento que recibirá. Involucra también el derecho a recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Sin embargo el acceso a la información no debe menoscabar el derecho a la confidencialidad de los datos personales.

- ❖ *Aceptabilidad*: los establecimientos, bienes y servicios de salud también deben comportar respeto hacia la ética médica y sensibilidad para con los requisitos de género y ser culturalmente apropiados. En otras palabras, deben ser aceptables desde el punto de vista médico y cultural. Así mismo el paciente tiene todo el derecho de aceptar o no el diagnóstico y tratamiento que propone el personal sanitario.

- ❖ *Calidad*: por último, deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua potable y condiciones sanitarias adecuadas. Es parte de la calidad de los servicios de salud, el trato respetuoso, adecuado y oportuno a las personas que demandan atención.

La obligación estatal implica la provisión de una atención integral, continua y equitativa. Recoge las dimensiones de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Involucra el derecho y responsabilidad de las personas, familias y comunidades de ser protagonistas de su propia salud, por lo que promueve procesos sociales y políticos que les permitan expresar necesidades y percepciones, participar en la toma de decisiones, así como exigir y vigilar el cumplimiento del derecho a la salud.

Aplicación del principio de no discriminación al derecho a la salud.

La discriminación es cualquier distinción, exclusión o restricción, hecha por diversas causas, que tiene el efecto o el propósito de dificultar o impedir el reconocimiento, disfrute o ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales. Está relacionada con la marginación de determinados grupos de población y por lo general es la causa básica de las desigualdades estructurales fundamentales existentes en la sociedad. A su vez, esa situación hace a esos grupos más vulnerables a la pobreza y a la mala salud.

No debe sorprender que los grupos tradicionalmente discriminados y marginados a menudo padezcan un número desproporcionado de problemas de salud. Por ejemplo, algunos estudios han demostrado que, en algunas sociedades, las minorías étnicas y los pueblos indígenas tienen acceso a un menor número de servicios de salud, reciben menos información sanitaria y es menos probable que dispongan de una vivienda adecuada y de agua potable, y sus hijos registran una tasa de mortalidad más elevada y padecen malnutrición más grave que la población en general.

Los efectos de la discriminación se agravan cuando una persona sufre una discriminación doble o múltiple, por ejemplo la basada en el sexo y la raza o en el origen nacional o la edad. En muchos lugares, por ejemplo, las mujeres indígenas reciben menos servicios e información sanitarios y de salud reproductiva y están más expuestas a la violencia física y sexual que la población en general.

La no discriminación y la igualdad son principios fundamentales de los derechos humanos y elementos decisivos del derecho a la salud. En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (párrafo 2 del artículo 2) y en la Convención sobre los Derechos del Niño (párrafo 1 del artículo 2) se enuncian los siguientes motivos no exhaustivos de discriminación: raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, discapacidad, nacimiento o cualquier otra condición social. De acuerdo con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "otra índole" puede incluir el estado de salud (por ejemplo VIH/SIDA) o la orientación sexual. Los Estados tienen la obligación de prohibir y eliminar la discriminación en todas sus formas y garantizar a todos el acceso a la atención sanitaria y los factores determinantes básicos de la salud en condiciones de igualdad. La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (art. 5) también proclama que los Estados deben prohibir y eliminar la discriminación racial y garantizar el derecho de toda persona a la salud pública y la asistencia médica.

La no discriminación y la igualdad también implica que los Estados deben reconocer las diferencias y satisfacer las necesidades específicas de los grupos que generalmente afrontan dificultades especiales en el sector de la salud, por ejemplo tasas de mortalidad más alta o una mayor vulnerabilidad a ciertas enfermedades. La obligación de garantizar la no discriminación requiere la aplicación de normas de salud específicas a determinados grupos de población, como mujeres, niños o personas con discapacidad. La adopción de medidas positivas de protección son especialmente necesarias cuando determinados grupos de personas han sido permanentemente discriminados por los Estados partes o por los agentes privados.

Con arreglo a los mismos criterios, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha establecido claramente que es injustificable la falta de protección legal o de hecho de los miembros vulnerables de la sociedad contra la discriminación en el sector de la salud. Incluso en situaciones de limitación grave de recursos, es preciso proteger a los

miembros vulnerables de la sociedad, por ejemplo mediante la aprobación de programas especiales de costo relativamente bajo³⁰.

El vínculo entre el derecho a la salud y otros derechos humanos

Los derechos humanos son interdependientes e indivisibles y están relacionados entre sí³¹, lo cual significa que el no reconocimiento del derecho a la salud a menudo puede obstaculizar el ejercicio de otros derechos humanos, por ejemplo el derecho a la educación o al trabajo, y viceversa.

La importancia que se concede a los "factores determinantes básicos de la salud", es decir, los factores y condiciones que contribuyen a la protección y promoción del derecho a la salud, aparte de los servicios, los bienes y los establecimientos de salud, demuestra que este derecho depende del ejercicio de muchos otros derechos humanos y contribuye a ello. Cabe mencionar al respecto el derecho a los alimentos, al agua, a un nivel de vida adecuado, a una vivienda adecuada, a la educación, al trabajo, a gozar del tiempo libre, a no ser objeto de discriminación, a la intimidad, de acceso a la información, a la participación y a beneficiarse de los avances científicos y sus aplicaciones.

Es fácil advertir la interdependencia de los derechos en el contexto de la pobreza. La salud puede ser para las personas que viven en condiciones de pobreza el único activo del que disponen para ejercer otros derechos económicos y sociales, como el derecho al trabajo o el derecho a la educación. La salud física y mental permite a los adultos trabajar y a los niños aprender, mientras que la mala salud es un lastre para los propios individuos y para quienes deben cuidar de ellos. Ahora bien, el derecho a la salud no puede realizarse si la persona no disfruta de sus otros derechos, cuya conculcación es la causa básica de la pobreza, por ejemplo los derechos al trabajo, a la alimentación, a la vivienda y a la educación, y el principio de no discriminación.

El derecho a la salud en las normas internacionales de derechos humanos.

El derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud es un derecho humano reconocido por el derecho internacional relativo a los derechos humanos. En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en general se considera el instrumento fundamental para la protección del derecho a la salud, se reconoce "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental". Es importante observar que en el Pacto se otorga a la salud mental, que a menudo ha sido desatendida, la misma consideración que a la salud física.

Ulteriores instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos reconocen el derecho a la salud de diversas maneras. Algunos son de aplicación general, mientras que otros se refieren a los derechos humanos de grupos determinados, por ejemplo las mujeres o los niños.

Además, los órganos creados en virtud de tratados que realizan un seguimiento de la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño han formulado observaciones o recomendaciones

³⁰Observación general N° 14, párr. 18.

³¹Véase Declaración y Programa de Acción de Viena (A/CONF.157/23), aprobados por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en Viena del 14 al 25 de junio de 1993.

generales sobre el derecho a la salud y las cuestiones relacionadas con ella, que constituyen una interpretación autorizada y detallada de las disposiciones contenidas en los tratados. Muchas conferencias y declaraciones, por ejemplo la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (en la que se aprobó la Declaración de Alma-Ata)³², la Declaración del Milenio y los objetivos de desarrollo del milenio y la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, también han contribuido a esclarecer diversos aspectos de la salud pública relacionados con el derecho a la salud y a reafirmar los compromisos para con su realización.

El derecho a la salud también se reconoce en varios instrumentos regionales, tales como la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (1981), el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en la esfera de los derechos económicos, sociales y culturales, denominado Protocolo de San Salvador (1988), y la Carta Social Europea (1961, revisada en 1996). La Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969) y la Convención Europea de Salvaguardia de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (1950) contienen disposiciones relacionadas con la salud, como el derecho a la vida, la prohibición de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes, y el derecho a la familia y la vida privada.

Por último, el derecho a la salud o el derecho a la atención médica están reconocidos por lo menos en 115 constituciones. Otras seis, por lo menos, imponen deberes con respecto a la salud, por ejemplo el deber del Estado de desarrollar los servicios de salud o de asignarles un presupuesto concreto.

Falsas ideas muy comunes acerca del derecho a la salud

❖ *El derecho a la salud NO es lo mismo que el derecho a estar sano.*

Un error muy común es creer que el Estado debe garantizarnos buena salud. Sin embargo, la buena salud depende de varios factores que quedan fuera del control directo de los Estados, por ejemplo la estructura biológica de las personas. El derecho a la salud hace más bien referencia al derecho a disfrutar de un conjunto de bienes, instalaciones, servicios y condiciones que son necesarios para su realización. Porello, describirlo como el derecho al *nivel más alto posible* de salud física y mental es más exacto que como un derecho incondicional a estar sano.

❖ *El derecho a la salud NO es sólo un objetivo programático a largo plazo.*

El hecho de que la salud deba ser un objetivo programático tangible no significa que no se deriven de él obligaciones inmediatas para los Estados. En efecto, éstos deben hacer todo lo posible, dentro de los límites de los recursos disponibles, para hacer efectivo el derecho a la salud, y adoptar medidas en ese sentido sin demora. A pesar de las limitaciones de recursos, algunas obligaciones tienen un efecto inmediato, por ejemplo garantizar el derecho a la salud sin discriminación alguna y elaborar leyes y planes de acción específicos u otras medidas análogas a efectos de la plena realización de este derecho, como con cualquier otro derecho humano. Los Estados también deben garantizar un nivel mínimo de acceso a los componentes materiales esenciales del derecho a la salud, por ejemplo el suministro de medicamentos esenciales y la prestación de servicios de salud materno- infantil.

³²Declaración de Alma-Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, septiembre de 1978.

❖ *Las dificultades económicas de un país NO le eximen de la obligación de adoptar medidas que garanticen el disfrute del derecho a la salud.*

A menudo se afirma que, cuando no pueden permitírselo, los Estados no están obligados a adoptar medidas para garantizar el disfrute de este derecho, o pueden demorar indefinidamente el cumplimiento de sus obligaciones. Cuando se examina el disfrute efectivo de ese derecho en un Estado determinado siempre se tienen en cuenta la disponibilidad de recursos en ese momento y el contexto de desarrollo. Sin embargo ningún Estado puede justificar el incumplimiento de sus obligaciones por falta de recursos. Los Estados deben garantizar el derecho a la salud en la mayor medida posible con arreglo a los recursos disponibles, incluso cuando éstos sean escasos. Es cierto que las medidas pueden depender del contexto específico, pero todos los Estados deben procurar cumplir sus obligaciones de respeto, protección y realización.

Política Pública de Salud en Argentina y Marco Legal.

En el año 1983, se promulga la Ley 22.914, denominada Ley Salud Pública: personas con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos crónicos. En este contexto, la política pública de salud tenía como único fin la práctica de encierro como dispositivo de “recuperación” de los sujetos que padecían problemáticas de salud mental.

Los procesos históricos - sociales que se gestan en esta época, como expresión de los contextos políticos y económicos de la sociedad, son los que expulsan a la periferia y a la marginación a grandes sectores poblacionales, especialmente a los “enfermos mentales”. Las instituciones de internación, aislamiento, corrección y castigo aparecen como los lugares de depósito de los inadaptados, de los raros, de los diferentes, de los locos, entre otros.

A fines del siglo XX, se comenzaron a desarrollar diversas concepciones en torno al campo de la salud mental, las cuales planteaban distintas alternativas a los manicomios y a la cultura manicomial, la cual no sólo resultaba insuficiente, sino que fracasaba y dañaba.

En esta época, los avances en salud mental se desplegaron en contextos históricos estimulantes y facilitadores –aun oscilando entre golpes militares y gobiernos democráticos de sustentaciones precarias– a partir de políticas estatales y el despliegue creativo de líderes en salud mental que cuestionaban el orden manicomial, creando alternativas con producciones institucionales que, con resultados sólidos, ejemplificaron y demostraron que eran posibles otros caminos. Durante el retorno a la democracia luego del terrorismo de Estado y sus efectos devastadores, el campo de la salud mental fue caracterizada por el gobierno nacional como una política prioritaria en salud, por entender que los efectos del proceso de reorganización nacional dejaban consecuencias directas del genocidio en las víctimas y en el tejido social, en las organizaciones e instituciones, con evidentes daños sobre la calidad de salud mental colectiva y sobre los sistemas de atención y rehabilitación. Esto dio comienzo a un fecundo proceso de transformaciones llevado a cabo conjuntamente entre los responsables de conducción de salud mental de la Nación y de las provincias.

En relación a ello, se comienza a visualizar un incremento mundial y nacional de luchas por los derechos de las personas con problemáticas de sufrimiento mental. Las maneras culturales de trato inhumano, comienzan a ser visibilizadas como violación de derechos fundamentales. Por ello se fueron produciendo marcos legales en consonancia con principios, acuerdos, declaraciones y recomendaciones de organismos internacionales,

a los que nuestro país adhirió, comprometiéndose a utilizarlos como orientadores para la planificación de políticas públicas.

Es así como a fin del año 2010, el Congreso de la Nación aprobó con el N° 26.657 la Ley Nacional de Salud Mental, de aplicación inmediata en todo el país, siendo producto del trabajo colectivo y aportes de muchos actores sociales. La ley queda estratégicamente ubicada como mandato para la planificación de políticas públicas sociales, de salud y de salud mental. Instaurar por ley nacional los valores y principios de la salud mental era una verdadera necesidad en el contexto social, económico, político y cultural de esa época.

En el texto de mencionada Ley, se reconoce a la salud mental como un “proceso determinado por diversos componentes: históricos, socioeconómicos, culturales, ideológicos y sociológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los Derechos Humanos y Sociales de toda persona”. Definición compartible con los de la salud colectiva, si se considera salud como un proceso dinámico, de interacciones entre las complejidades constitutivas del ser humano.

Al hablar de salud, es importante destacar que la Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como el estado de completo bienestar físico, mental y social. Es decir, el concepto de salud trasciende a la ausencia de enfermedades y afecciones. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

Dicha Ley también establece, en su artículo 4°, que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental, y que todas las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la ley, en su relación con los servicios de salud.

En la actualidad el consumo está instalado en las sociedades de nuestra época y se lo percibe como problema de salud pública; “problema” en tanto este consumo se vuelva problemático.

Al postular políticas de salud mental se habla de “desinstitucionalización”, lo cual se refiere a la tarea de deconstruir las producciones institucionales existentes y las que constituyen los imaginarios compartidos culturalmente, que van más allá de los manicomios reales, llegando a todos los prejuicios y descalificaciones de los sujetos con padecimientos mentales. Deconstrucción y creación a partir de generar experiencias alternativas que se van convirtiendo en nuevos dispositivos e instituciones en constante transformación; pasar de la tutela, la punición y/o la exclusión, al “tomar en cuenta” las complejidades en juego en cada situación particular.

Por otro lado, el 30 de abril de 2014, la Cámara de Senadores aprobó el proyecto de Ley IACOP: Ley “Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos; convirtiéndolo definitivamente en Ley.

Dicha ley, en su artículo 2, define lo que entiende por consumo problemático. “A los efectos de la presente ley, se entiende por Consumos Problemáticos aquellos consumos que -mediando o sin mediar sustancia alguna- afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas – legales o ilegales- o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el

juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud”.

Dicha definición, constituye un hallazgo de la investigación y por lo tanto es incorporado al marco teórico de referencia, ya que constituye un aporte fundamental a la presente investigación.

Abordaje Institucional del Consumo Problemático en la Provincia de Mendoza.

En Mendoza, el ex gobernador de la Provincia Dr. Arturo Pedro Lafalla, en el año 1996, establece la creación del Plan Provincial de Prevención y Asistencia de Drogadependencias, a fin de abordar integralmente las adicciones y la prevención y control del Narcotráfico. En año 2003 la Honorable Legislatura, crea el Plan Provincial de Adicciones en el ámbito del Ministerio de Gobierno, a través de la Ley 7.088, a fin de abordar integralmente la prevención y la asistencia de adicciones y de articular acciones con las áreas encargadas de la prevención y control del narcotráfico.

El Plan Provincial de Adicciones favorece la promoción de hábitos de vida saludables, la prevención de conductas y factores de riesgo, la posibilidad de acceder a un abordaje interdisciplinario e intersectorial, el desarrollo integral humano, familiar, social y la consolidación de la comunidad organizada; estableciendo la igualdad de oportunidades y una mejor calidad de vida en el marco de la participación y diversidad para todos los que habiten y transiten en el suelo mendocino. Trabaja para lograr un estado efectivo, eficiente y eficaz en Política y Gestión en Prevención y Asistencia de Conductas Adictivas.

Los objetivos generales del Plan Provincial de Adicciones son:

- Tratar la problemática de las adicciones de manera global, en forma intersectorial e interdisciplinaria construyendo efectivos canales de comunicación para el abordaje específico en materia de prevención, asistencia y capacitación.
- Capacitar y actualizar el recurso humano para lograr una intervención técnico – estratégico de la problemática en el marco deontológico y responsabilidad profesión.





CENTROS PREVENTIVOS ASISTENCIALES EN
ADICCIONES

El Centro Preventivo Asistencial en Adicciones (CPAA) es un dispositivo de asistencia a las personas que presentan conductas adictivas en régimen ambulatorio y/o centro de día, intercalado en un programa de tratamiento integral, y preventivo, enfocado desde lo específico e inespecífico, con abordaje comunitario e intersectorial. Es un recurso con un objetivo estrictamente preventivo y terapéutico, donde se aborda un problema socio-sanitario, la adicción, debiendo estar dirigida por profesionales de la salud (Psiquiatras, Psicólogos, Trabajadores Sociales, entre otros) y diversos actores de la comunidad.

Los objetivos generales del Centro Preventivo y Asistencial en Adicciones son:

- a) Garantizar el acceso al abordaje terapéutico interdisciplinario, intersectorial gratuito e igualitario, en la atención sanitaria y social de personas con padecimiento de conductas adictivas
- b) Diseñar acciones que promuevan valores, hábitos y conductas sanas y responsables; y fortalecer las acciones de educación y prevención específica e inespecífica en el nivel local, facilitando la inclusión, participación y organización de la comunidad.

Los objetivos específicos son:

- a) Brindar asistencia en modalidad ambulatoria y/o centro de día tendiente al abordaje interdisciplinario e integral, y acciones tendientes a reducir las consecuencias provocadas por el consumo de sustancias.
- b) Brindar atención a usuarios de drogas en conflicto con la ley penal.
- c) Asegurar intervenciones terapéuticas individuales, familiares y grupales, para abordar la multicausalidad de la conducta adictiva.
- d) Convocar áreas municipales, Organizaciones de la Sociedad Civil y demás organizaciones para conformar mesa de gestión local que permita debatir la problemática de las adicciones en los departamentos georreferenciados por el centro.
- e) Conformar redes comunitarias que faciliten estrategias intra e interinstitucionales destinadas a la promoción de hábitos de vida saludables, prevención específica e inespecífica y la detección temprana de consumo de sustancias psicoactivas.
- f) Capacitar, favorecer y articular acciones con agentes sanitarios, operadores sociales, referentes barriales, entre otros, para abordar la problemática de las adicciones en la realidad e idiosincrasia de cada comunidad.

La Atención Primaria de la Salud es un eje central de los Centros Preventivos Asistenciales, promoviendo el desarrollo de actitudes, capacidades y conductas saludables individuales, familiares y comunitarias. Entendiendo la problemática de las adicciones como multicausal, se debe favorecer el desarrollo humano y comunitario para la consecución de un relativo bienestar bio-psico-social-espiritual.

SEGUNDA PARTE

CAPITULO 2

METODOLOGÍA

Metodología: Cualitativa

Para la realización de la presente investigación se requirió de un modelo metodológico de investigación que contemple las particularidades de los fenómenos que se intenta estudiar. La metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido, a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable. Esta metodología nos ofrece herramientas que nos permiten abordar las problemáticas del mundo, de la sociedad desde una modalidad particular.

Entonces, dada la imposibilidad de medir el fenómeno central y temático de estudio, “representaciones sociales de los equipos interdisciplinarios sobre los abordajes de consumo problemático y como esto condiciona la accesibilidad al derecho a la salud de los

sujetos”, lo más adecuado para realizar una profundización en la comprensión es la utilización de una estrategia cualitativa.

Diseño de investigación: no experimental.

La presente investigaciones de tipo no experimental, la cual se realiza sin manipular deliberadamente las variables. Es decir, la investigación donde no hacemos variar intencionalmente las variables independientes. Lo que hacemos en la investigación no experimental, es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después intentar analizarlos. En un estudio no experimental no se construye ninguna situación, si no que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador. Las variables independientes ya han ocurrido y no pueden ser manipuladas, el investigador no tiene control directo sobre dichas variables, no puede influir sobre ellas porque ya sucedieron, al igual que sus efectos.

Tipo de estudio: exploratorio.

Estos estudios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. Nos sirven para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos. Esta clase de estudios son comunes en la investigación de comportamiento, sobre todo en situaciones donde hay poca información. Los estudios exploratorios en pocas ocasiones constituyen un fin en sí mismos, “por lo general determinan tendencias, identifican relaciones potenciales entre variables y establecen el tono de investigaciones posteriores más rigurosas”. Se caracterizan por ser más flexibles en su metodología.

Campos de Investigación.

La investigación se llevó a cabo en los campos de salud y educación, tomando a estos como campos autónomos, cada uno con sus propios agentes, dotados de capitales determinados y ocupando diversas posiciones dentro del espacio social; teniendo en cuenta de esta manera la teoría de Bourdieu.

En un primer momento la investigación se realizaría en los campos de salud, educación y justicia. Sin embargo al avanzar en el proceso investigativo surgió la necesidad de recortar y delimitar los campos de análisis ya que los datos obtenidos hasta el momento en los campos de salud y educación serian propicios para avanzar y profundizar la investigación a la luz de los objetivos planteados.

Consideramos que ampliar los campos de investigación complejizaría la misma, perdiendo la posibilidad de profundizar y analizar exhaustivamente los datos obtenidos en los campos mencionados anteriormente y así aportar a la riqueza de la investigación.

A los fines de la investigación incluimos en el campo de la salud las siguientes instituciones:

- Centros Preventivos Asistenciales en Adicciones.
- Centros de Salud.

- Hospital General.

En el campo de la educación se encuentran todos los agentes que ocupan determinadas posiciones vinculadas a la misma. Por lo tanto incluimos en este campo a

- Servicios de Orientación del nivel secundario.

Universo y Muestra.

En este apartado es importante profundizar en el universo y muestra de la investigación.

Consideramos que el Universo es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las unidades de población poseen una característica común, la que se estudia y da origen a los datos de la investigación

Una muestra es una parte representativa de un conjuntoo universo de unidades, una porción del total, que representa la conducta del universo en su conjunto. Una muestra, en un sentido amplio, no es más que una parte del todo que se llama universo y que sirve para representarlo.

Por ello cabe destacar que nuestro universo de investigación abarca a los departamentos pertenecientes al Gran Mendoza y la muestra seleccionada para someterla a análisis científico son los departamentos de Lujan de Cuyo, Las Heras y Capital. Es decir, tres de los seis departamentos que incluye el Gran Mendoza.

También se realizó una delimitación respecto al universo de investigación. En un principio se llevaría a cabo la misma en todos los departamentos del Gran Mendoza, sin embargo con el avance de la investigación se decidió delimitar el campo empírico pensado a una parte representativa del universo a fin de entrevistar a un grupo de profesionales de manera tal de profundizar y analizar los casos particulares, y desarrollar la ejecución de las entrevistas con mayor rapidez; lo que hubiese sido casi imposible de realizar si hubiésemos entrevistado a la totalidad del universo pensado en un principio.

Población

En relación a lo anterior, al delimitar la muestra de investigación, paralelamente se realizó un recorte de la población a entrevistar. Las entrevistas se desarrollaron en instituciones que trabajan con una población de sujetos mayores de 14 años de edad. Por lo que no se realizaron entrevistas en los Gabinetes Escolares Psicopedagógicos del nivel primario ni en los Centros Infanto- Juveniles, tal como se había previsto en un principio.

Técnica de investigación.

La técnica utilizada para recolectar la información fue la entrevista en profundidad dirigida a los profesionales que forman parte de los equipos interdisciplinarios de los campos nombrados anteriormente.

Por entrevistas cualitativas en profundidad, entendemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros estos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras, es decir, teniendo en cuenta su propia perspectiva.

Se llevaron a cabo una totalidad de 20 entrevistas en profundidad dirigidas a profesionales que trabajan en las siguientes instituciones:

✓ Campo de Salud:

- Centro Preventivo y Asistencial en Adicciones de Lujan de Cuyo.
- Centro Preventivo y Asistencial en Adicciones de Las Heras.
- Centro de Salud Cabecera N° 31 David Busana de Lujan de Cuyo.
- Hospital Luis Lagomaggiore de Capital.

✓ Campo de Educación:

- Escuela Técnica 4-104 de Lujan de Cuyo.
- Escuela Adolfo Pérez Esquivel 4-128 de Capital.
- Escuela José Daniel Vázquez 4-019 de Las Heras.

Análisis de Datos.

En este apartado es importante mencionar la teoría y metodología utilizada para la realización del análisis de datos.

Según Glaser y Strauss los investigadores cualitativos deben dirigir su atención al desarrollo o generación de teorías y conceptos sociales, por ello nos basamos en el enfoque de la Teoría Fundamentada. Este es un método para descubrir teorías, conceptos, hipótesis y proposiciones, partiendo directamente de los datos y no de supuestos a priori, de otras investigaciones o de marcos teóricos existentes. Al generar teoría fundamentada, los investigadores no tratan de probar sus ideas, sino solo de demostrar que son plausibles. Y lo importante es que las comprensiones están fundamentadas en los datos y se desarrollan a partir de ellos.

Los autores proponen dos estrategias principales para desarrollar teoría fundamentada: el método comparativo constante y el muestreo teórico. Para el desarrollo de la presente investigación nos hemos posicionado en la primera estrategia, en la cual, según los autores, el investigador simultáneamente codifica y analiza datos para desarrollar conceptos. Mediante la comparación continua de incidentes específicos de los datos, se refinan esos conceptos, identifica sus propiedades, explora sus interrelaciones y los integra en una teoría coherente.³³

El análisis comparativo es un método general y estratégico para generar teoría. Al realizar este análisis se pueden encontrar datos que refuten las conclusiones obtenidas, pero lo que importa es usar la comparación para sugerir nuevas categorías y propiedades teóricas.³⁴

Es por ello que el análisis de los datos obtenidos lo realizamos a medida que avanzaba la investigación, eso nos aportó datos para la continuación de la investigación y para generar nuevas categorías teóricas.

³³ Taylor, S. J. y Bogdan, R., “Introducción a los métodos cualitativos de investigación” Capítulo VI. Pág. 154-157.

³⁴ Glaser, B y Strauss, A. “El descubrimiento de teoría fundada: estrategia para la investigación cualitativa”. Capítulo II.

Cabe destacar que, tal como lo plantean Glaser y Strauss, el investigador que trata de descubrir teoría no puede establecer al comienzo de su investigación cuantos grupos integrara en el trabajo de campo, es decir, a cuantas personas entrevistar. Esta situación contrasta con aquella del investigador, cuyos estudios implican la verificación o descripción y él debe establecer el número de grupos que serán muestreados de acuerdo con las reglas que gobiernan la recolección de información confiable.

El investigador debe juzgar continuamente cuantos grupos o informantes va a entrevistar. El criterio para juzgar cuando cesa la realización del trabajo de campo, es la saturación teórica. Saturación significa que ninguna información adicional se hallara, por la cual el investigador puede desarrollar propiedades de las categorías. El investigador suele ir más allá para buscar grupos que alcancen la mayor diversidad de datos posible, para hacer evidente que la saturación está basada en los rangos más amplios y posibles de los datos en la categoría. Según los autores, se alcanza la saturación teórica, mediante la conjunta recolección y análisis de los datos.

Teniendo en cuenta lo anterior, en el inicio de la investigación no se especificó la cantidad de entrevistas a realizar, debido a que se realizarían tantas entrevistas posibles para lograr la saturación teórica. Es decir, se buscó la mayor diversidad de datos posible, hasta que los mismos comenzaron a repetirse, tanto en el campo de la salud como en el de educación.

A continuación expondremos el cuadro que oriento el análisis de la investigación, teniendo en cuenta las categorías y propiedades tomadas en el presente trabajo.

Análisis e Interpretación de Datos	
Propiedades	Categorías
1-Definición de consumo problemático. 2- Situaciones incluidas en el consumo problemático. 3- Factores influyentes en el consumo problemático.	Representaciones Sociales.
4- Abordaje de la situación de consumo problemático según profesionales y trabajo interdisciplinario. 5- Abordaje de la situación de consumo problemático según criterios institucionales.	Abordaje Interdisciplinario.
6- Acceso al tratamiento de salud. 7- Derecho a la salud.	Acceso al Derecho a la Salud.

CAPITULO 3

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Teniendo en cuenta el cuadro presentado en el capítulo 2, el análisis e interpretación de datos se realizó, codificando primero las propiedades, es decir, los elementos o aspectos de las categorías que nos orientaron en todo el proceso investigativo; para luego hacer la lectura de las mismas, las cuales están basadas en los datos recolectados durante la investigación.

Cabe destacar que categorías y propiedades están relacionadas sistemáticamente, a pesar de su nivel de abstracción. Mediante el siguiente análisis se intentó integrar las diferentes propiedades con las categorías, de manera tal de arribar luego a las conclusiones.

Propiedad 1: Definición de consumo problemático.

En las entrevistas realizadas en el campo de la salud, se pudo dar cuenta que los profesionales, en su gran mayoría comprendían el cambio establecido por la nueva Ley de consumo problemático (Ley IACOP: Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos). Hacían referencia a la vinculación entre el sujeto con uno o varios objetos que lo llevaban a afectar alguna de sus áreas vitales, ya sea laboral, familiar, social, personal entre otras, y el desarrollo continuo de su vida cotidiana.

De los datos obtenidos damos cuenta que a la hora de definir el consumo problemático, algunos profesionales se abocaban a lo que establece la ley, y otros hicieron referencia al trabajo realizado hasta el momento con otros profesionales e instituciones, es decir, se basaron en experiencias previas.

El hecho de que el espacio de trabajo es el campo de la salud, hizo que la mayoría de los profesionales, ponga énfasis sobre los efectos que produce el consumo problemático en lo biológico, los cambios orgánicos y alteraciones psiquiátricas; brindando menor importancia a los efectos que produce el consumo problemático en las relaciones sociales del sujeto con su entorno. Aquí cabe destacar que los colegas, Trabajadores Sociales, tuvieron mayor apertura a la hora de definir el consumo problemático, ya que hicieron hincapié en los efectos del mismo en las relaciones sociales.

Es importante destacar que en aquellas instituciones de salud que no trabajan específicamente en la temática, se considera una problemática compleja, y cotidiana. Sin embargo la postura que toman es que es “algo muy común”, es decir se naturaliza la problemática, y se dificulta la posibilidad de profundizar en la misma, como expresión de la sociedad. A su vez sostienen que “muy pocos pacientes se recuperan”, lo que tiene que ver con que ellos realizan solo una intervención de despistaje de la problemática y posteriores derivaciones, por ello, no terminan de comprender la complejidad de la misma.

En aquellas entrevistas realizadas en el campo de la educación, se observa que los profesionales del servicio de orientación conocen la temática por capacitaciones y charlas a las que han debido asistir por diferentes situaciones que se les han presentado en su ámbito de trabajo. Es por ello que los profesionales no logran ser claros a la hora de expresar que entienden por consumo problemático, si no que se basan en conocimientos que tocan “de oído” y no han tenido la posibilidad de profundizar en la misma.

Sin embargo los profesionales de la educación establecen que, de acuerdo a las capacitaciones recibidas, el termino de consumo problemático implica un cambio de mirada, de percepción, es una postura más abarcativa. Lo cual es difícil de comprender para los docentes, por ejemplo, que son los que pasan la mayor cantidad de tiempo con los alumnos.

Así mismo expresan y afirman que es necesario conocer más sobre la temática pero que por los tiempos institucionales y las diversas problemáticas que se les presentan no pueden brindarle la importancia que dicho tema amerita.

La mayoría de los entrevistados sostienen que la problemática requiere del compromiso de todos los actores institucionales, docentes, directivos y personal en general. Ya que todos están en contacto permanente con los alumnos y su implicancia en el tema es clave tanto en el descubrimiento de la problemática como en el tratamiento y recuperación en caso de llegar a dicha instancia; ya que en todos los casos la población escolar excede las posibilidades de trabajo de los miembros de los servicios de orientación.

En general, los entrevistados entienden el consumo problemático como aquella conducta que se da de manera repetitiva, crónica y compulsiva, que se torna el sentido de la vida del sujeto y que genera un problema para sí o para terceros. Por ello es problemático cuando afecta la calidad de vida de los sujetos y sus relaciones sociales.

Sin embargo, muy pocos lograron pensar críticamente la problemática, haciendo hincapié en otras cuestiones relevantes, que desde nuestra postura son necesarias tener en cuenta. Como tomar como puntos de referencia los criterios de uso, abuso y dependencia, la situación particular de cada sujeto, el contexto en el que se da el consumo, la frecuencia y cantidad del mismo.

Propiedad 2: Situaciones incluidas en el consumo problemático.

En el campo de la salud, la mayoría de los profesionales reconocen la presencia de diversos objetos cuya relación con los sujetos, se torna problemático, es decir que son conscientes de que esta mirada es más amplia. Sin embargo a la hora de enumerar las situaciones que incluye el consumo problemático, se hizo mayor hincapié en las sustancias psico-activas. Consideramos que ello es por el ámbito en los que se desarrollan los profesionales y por las experiencias vividas con la problemática, es decir porque los sujetos que se presentan en el centro de salud, por ejemplo, no acuden por su conducta adictiva hacia el juego.

En el campo de la educación, todos los profesionales logran visualizar que el consumo problemático abarca todo tipo de objetos presentes en la sociedad, y que se posicionan en el mercado como próximos a consumir por parte de los adolescentes. Pero colocan mayor énfasis en la tecnología, incluyendo aquí celulares, PC, internet, videos juegos, TV, entre otros; por el ámbito en el que se desenvuelven.

En síntesis, con respecto a las situaciones que estarían dentro de lo que es consumo problemático, está incorporado en los profesionales que el mismo no implica solo el vínculo del sujeto con el objeto-sustancia ya sea legal o ilegal sino que es mucho más abarcativo tomando también a todos aquellos objetos que forman parte de esta sociedad de consumo y que pueden generar una dependencia.

Se observó que la mayoría pudo ejemplificar las situaciones incluidas dentro del consumo problemático, nombrando desde las sustancias legales, como el alcohol y el cigarrillo, las sustancias ilegales como la marihuana, la cocaína, pegamentos, etc., hasta aquellas situaciones en las que no hay presencia de sustancias- droga, como ser la ludopatía, internet, consolas de video, teléfonos celular, entre otras.

Propiedad 3: Factores influyentes en el consumo problemático.

En general se plantea que el consumo problemático es complejo y multifactorial, es decir, que es expresión de situaciones personales, como la autoestima, inseguridad, baja tolerancia, ausencia de proyectos de vida, dependencia, como también factores familiares, sociales y de contexto.

Teniendo en cuenta el contexto, se resalta en ambos campos, que vivimos en una sociedad de consumo, enmarcado en la cultura del consumo, que lleva a adoptar ciertos estilos de vida más individualistas, donde el tiempo es un factor clave a la hora de obtener

resultados inmediatos para satisfacer deseos presentados como necesidades necesarias para los sujetos.

Además existen otras problemáticas sociales que influyen en la relación de sujetos con objetos determinados, por ejemplo: la precariedad laboral, desempleo, marginalización, pobreza, desigualdad, entre otros. Todo ello, termina siendo muchas veces el causante del consumo problemático, según se observa en las opiniones de los diversos entrevistados.

Sin embargo, cabe destacar que en el ámbito de la educación se resalta la falta de acompañamiento familiar hacia los adolescentes, ausencia de límites claros, escaso diálogo, entre otros; debido a diversas situaciones que suceden en el ámbito familiar, por ejemplo, cuestiones laborales, falencias en la construcción de opciones para los chicos, despreocupación, el ritmo de vida del entorno familiar; lo que lleva a la soledad de los adolescentes, y a buscar apoyo en el contexto en el que se desenvuelven.

CATEGORIA: REPRESENTACIONES SOCIALES.

Teniendo en cuenta las propiedades: definición del consumo problemático, situaciones que incluye y los factores que inciden en el mismo, analizaremos las representaciones sociales construidas por parte de los profesionales entrevistados.

En primer lugar podemos dar cuenta que las representaciones sociales de los profesionales entrevistados están determinadas por el ámbito en el cual se desenvuelven, siendo éstos, espacios de construcción permanente de conocimientos de determinados objetos. Por ello es que cada profesional se expresa teniendo en cuenta eso: “desde mi formación psicoanalista”, “tal como lo dice la Ley”, “teniendo en cuenta una lectura social” o “según lo que he escuchado”. A través de estos relatos, podemos dar cuenta que muchos profesionales desconocían del tema o lo que sabían estaba basado en concepciones transmitidas por otros. Es decir no aparece en sus discursos el posicionamiento propio de los profesionales, sino que están mediados por otras situaciones, ya sea por otros sujetos, por lo que dice determinada Ley, entre otros. Aquí es donde toma importancia un aspecto de la representación social: éstas se construyen de informaciones y conocimientos que recibimos y que transmitimos, a través de la comunicación, es decir, cuánto de importante tiene lo que pensamos y cómo lo comunicamos, porque a partir de eso es cómo muchos profesionales construyen sus representaciones sobre determinados objetos y ese proceso de construcción de la realidad modifica tanto al medio como al sujeto/objeto de la representación.

A su vez podemos dar cuenta que la mayoría de los entrevistados tiene una comprensión acerca de lo que implica el consumo problemático, la complejidad, multifactorialidad e integralidad del mismo. Sin embargo algunos relatos, son paradigmáticos a la hora de analizar en profundidad la dinámica de la representación de la problemática.

El hecho de que algunos profesionales expresen: “siempre hay un problema psiquiátrico de base”, “considero que es una enfermedad”, nos permite analizar que la formación de dichos profesionales es uno de los factores que se ponen en juego a la hora de profundizar en el conocimiento del objeto de consumo. Además los profesionales están enmarcados en diferentes instituciones, lo que hace que aunque exista el interés por conocer más la temática, hay otros aspectos institucionales que impiden el acceso a la

formación respecto de la misma, por ejemplo, la excesiva y diversa demanda, tiempos reales de trabajo, precarización y exigencias laborales, entre otros.

Además al estar las representaciones sociales formadas por diversos elementos como las opiniones, valores, actitudes, experiencias, creencias e informaciones, también depende de la apertura y disposiciones de los profesionales a la hora de construir una representación por encima de los discursos “oficiales” que determinan el consumo problemático. Es decir la evaluación que los entrevistados hacen respecto de la problemática, tiene que ver con “discursos recibidos”, que han sido incorporados y en cierta medida aceptados por ellos sin cuestionarlos.

Y todo ello es lo que determina los componentes afectivos de la representación, dinamizando y orientando en forma decisiva las conductas, reacciones emocionales e implicaciones de la persona/profesional hacia el objeto representado.

Esto puede ser observado también, a raíz de relatos como: “son estereotipos de la sociedad...”, o “la mayoría provienen de familias desestructuradas, que no están bien constituidas...” o pensar que “constituye una problemática meramente individual...”. Ello simplifica la cuestión, ya que se enfoca en la sustancia que se consume y en los efectos de la misma, se trata de buscar el “causal de la enfermedad”, sin profundizar en la heterogeneidad, la interacción, sin gastar energías en realizar una lectura social de la complejidad de problemática.

Asimismo algunos profesionales expresan: “el consumo problemático es aquel que empieza a afectar ciertas funciones que se consideran apropiadas a una edad determinada...”, “siempre es sencillo determinar cuándo un consumo es problemático en un adulto...” o “los adolescentes comienzan a consumir y después arrastran la problemática hasta la adultez”, o “el consumo está relacionado con ciertas situaciones de este ser adolescente que hoy no distingue lo que le hace bien de lo que no...” Es así como podemos observar que el consumo se instala principalmente, desde ciertos discursos y en términos de población, es decir, se habla de funciones de una edad determinada, o que es más fácil determinar el consumo en los adultos, cuando en realidad consideramos que consumidores somos todos y que se vuelve problemático en la medida que afecta a sí mismo o al entorno, independientemente de la edad.

Al mismo tiempo se enfatiza que la adolescencia, como una etapa del desarrollo, constituye el inicio de un consumo que puede tornarse problemático, y se deja evidencia que dicha problemática continuará hasta la adultez, sin posible interrupción. Es decir se visualiza a la adolescencia como la edad potencial en el inicio del consumo, y se releva la problemática y las prácticas asociadas, como un conocimiento propiamente juvenil, y por lo tanto vedado al mundo adulto, surgiendo también como manifestación de la trasgresión al orden social, como práctica propia de dicha población.

En relación a la adolescencia, exclusivamente en el ámbito de la educación, se resalta el papel del nivel socio- económico en relación al consumo problemático, es decir, qué se consume, cómo y con quienes. Por ejemplo: “en esta escuela que tiene un nivel socio-económico considerado medio-alto, los chicos tienen acceso... a las netbook, y eso leído desde la calidad educativa, suma, pero transformado en estas vinculaciones, que a veces se convierten en vinculaciones un poco enfermizas, se da lo problemático”. Otro relato que se rescata: “los chicos se quedan hasta altas horas de la noche mensajeándose, y no lo pueden controlar”. Esto da cuenta de que el hecho de poder acceder a la tecnología, porque la misma escuela lo brinda, es positivo desde la educación, teniendo en cuenta el

uso que se le da; pero este uso puede tornarse problemático, pudiendo generar en los chicos una cierta dependencia, difícil de problematizar por parte de la institución.

En fin, es el uso problemático de la tecnología lo más difícil de detectar e incorporar como problemático por la misma aceptación que se le da, resaltando desde las instituciones educativas que los chicos de nivel socio económico medio-alto están más expuestos y propensos a encontrarse inmersos en esta problemática. Cabe destacar que la situación socio-económica no es un determinante en relación al consumo. Consideramos que debido a la complejidad de la problemática, es un factor más que influye pero no el único que puede llevar a la situación de consumo. Por lo tanto, así como la edad, el nivel socio económico, son variables parte del consumo pero en ningún caso constituyen excepcionalmente al mismo ni lo determinan.

Otro de los análisis que podemos mencionar, está en que los profesionales entrevistados otorgan relevancia tanto a las sustancias como a los objetos, sin embargo no son igual de peligrosas, es decir, hacen distinción por el daño social, nocividad o dependencia de los mismos. Refieren que las sustancias siempre son productos dañinos, lo que justificaría la prohibición de su uso, pero reconocen que las sustancias/objetos permitidos, también generan consumo problemático, pero estiman que su nocividad es menor.

Por lo tanto la tecnología, como las sustancias lícitas tienen su lugar en el espacio público, mientras que las sustancias ilegales no lo tienen. Este espacio que ocupan las sustancias legales y los objetos, es un espacio tolerado por la sociedad en general, lo que termina generando cierta aceptación social y cultural, siendo solo problemático la droga, el narcotráfico y el delito.

De acuerdo a la postura que tomamos, sostenemos que todo tipo de consumo es perjudicial a corto o largo plazo, teniendo en cuenta la sustancia o el objeto, la frecuencia, el tipo de consumo, la forma de administración, entre otros. Por ello el hecho de que una sustancia/objeto sea más dañina que otra, no implica que estén excluidos de lo que para nosotras es el consumo problemático.

Esto lo podemos relacionar con la naturalización de la problemática que reflejan los profesionales de la salud de algunas instituciones, es decir, al presentarse como una situación cotidiana en la experiencia de algunos de ellos, la misma pierde la importancia y rigurosidad con la que debería ser abordada.

En cambio en el campo de la educación la importancia radica en el cambio de visión de la problemática, es decir, muchos de los profesionales refieren que el cambio paradigmático resulta difícil de incorporar y hacerlo visible en los abordajes. Sostienen que los docentes, al no conocer la temática en muchas ocasiones se muestran reticentes a la hora de abordar diferentes situaciones de consumo problemático. El hecho de correr de lugar a la sustancia para darle importancia al sujeto y a su relación con el objeto, implica todo un cambio de miradas y de abordajes, lo que significa afrontar un cambio de paradigma.

En conclusión, todo lo expuesto, refiere a las construcciones sociales que pudieron ser analizadas en cada una de las entrevistas, y que dan cuenta de las representaciones que poseen y desarrollan los profesionales en torno a la problemática.

Propiedad 4: Abordaje de la situación de consumo problemático según profesionales y trabajo interdisciplinario.

En el campo de la salud, a la hora de analizar qué hacen los profesionales ante situaciones de consumo problemático que se presentan en las instituciones, cabe hacer una distinción entre aquellas instituciones que trabajan específicamente con la problemática como los CPAA y las que no, como los hospitales o centros de salud.

La mayoría de los profesionales del hospital y del centro de salud refieren que lo que hacen ante posibles situaciones de consumo problemático, es en primer lugar la atención primaria: estabilizarlo, desintoxicarlo, mantenerlo en observación, etc., a su vez, a través de entrevistas, buscan la detección de la problemática para hacer la derivación correspondiente, y se hacen análisis individuales y familiares del paciente para determinar la trayectoria de la problemática. Y en algunos casos se trabaja con prevención. Es decir, en estas instituciones se enfocan en hacer el despistaje y posterior derivación a las instituciones pertinentes.

En algunos casos, dependiendo de algunos criterios profesionales e institucionales se continúa con el tratamiento en la institución. Muy pocos profesionales marcan como importante el tema de la formación profesional, es decir, que en el caso de los hospitales y centros de salud, los entrevistados refieren no estar formados para atender a la problemática específicamente, por lo que ellos se encargan básicamente de hacer la primeras entrevistas y luego las derivaciones.

En cambio en los CPAA como la mayoría de las situaciones llega a través de derivaciones de diversas instituciones, se hace en primer lugar la admisión de acuerdo a los criterios que establece la misma. Luego, dependiendo de la admisión realizada, se evalúan los posibles dispositivos de tratamiento para los pacientes. A su vez trabajan mucho con la conciencia de enfermedad y con la problematización de la situación, para ello trabajan en una etapa de admisión prolongada con los pacientes. Los entrevistados en los CPPA, hicieron referencia a la importancia de que los pacientes que asisten a la institución, cumplan con los criterios establecidos en la misma, para el acceso al tratamiento.

A su vez, en general, se resalta una dificultad específica a la hora de trabajar con la problemática, y es que se desconocen los dispositivos de atención y tratamiento que existe en la provincia, como así también a los profesionales y formas de trabajo. Eso dificulta la posibilidad de realizar las derivaciones correspondientes para que los pacientes logren acceder al tratamiento.

En relación al trabajo interdisciplinario, en el caso de los CPAA, los profesionales coinciden en fundamentar que trabajan en interdisciplina y lo que entienden por ello. Se reconocen como equipo de trabajo interdisciplinario ya que comparten saberes y los ponen en común respecto a una situación de consumo problemático determinada.

A su vez, todos los profesionales refieren que como lo primero que se hace en la institución es la entrevista de admisión, esta se realiza de manera interdisciplinaria ya que participan todos los miembros del equipo, tratando de pensar de forma unísona el problema del paciente para tener una visión más amplia del objeto de intervención. Caracterizan a la interdisciplina como una forma de trabajo importante ya que enriquece a los profesionales y a la situación abordada, a su vez constituye una forma de mirar las problemáticas del sujeto de manera más integral teniendo en cuenta el parecer de las diferentes disciplinas.

Algunos de los profesionales de los CPAA sostienen que el trabajo interdisciplinario se va dando con el tiempo en las instituciones de las que forman parte. Así refieren que no es algo que se puede dar de un día para el otro, y sostienen esto haciendo hincapié en el conocimiento personal entre los profesionales.

En el caso del hospital y centro de salud, la mayoría de los entrevistados sostienen que es necesario trabajar en interdisciplina y a su vez refieren hacerlo. Caracterizan a la misma como la posibilidad de trabajar con profesionales de otras instituciones, manteniendo una comunicación fluida entre ellos a la hora de abordar una situación. A su vez ello implica la posibilidad de trabajar en red, teniendo en cuenta la complejidad de la problemática, para dar lugar a otras instituciones intervinientes.

Otros profesionales refieren que el trabajo interdisciplinario se basa en la interconsulta con otras disciplinas, dando el lugar a cada profesional para intervenir en el momento más óptimo de acuerdo a la situación.

Muy pocos profesionales pudieron dar cuenta que el trabajo que realizan no es interdisciplinario, y lo reconocen porque sostienen que no hay apertura por parte de otras disciplinas presentes en la institución. Los abordajes terminan siendo fragmentados, pasando a depender de la voluntad de cada profesional. El trabajo con otras profesiones se basa en un mero intercambio de opiniones, información y derivaciones informales. Se deja de lado el trabajo en equipo, por situaciones institucionales. Si bien estos entrevistados pueden dar cuenta de la falencia del trabajo interdisciplinario, no logran esclarecer lo que ello implica, otorgando relevancia a los beneficios de la misma.

En el campo de la educación lo que los entrevistados refieren es que en primera instancia, ante la posible presencia de situaciones de consumo problemático en el ámbito escolar, lo que realizan son entrevistas a los chicos involucrados y a su entorno, ya sea el mismo grupo de pares o sus familias; con la finalidad de ponerlos al tanto de la situación y brindar información. A su vez se hacen las derivaciones correspondientes, si se detecta la situación problemática, ya que los profesionales que forman parte de los servicios de orientación, por su competencia institucional, no realizan diagnósticos ni tratamientos en la escuela. Algunos sostienen que en la medida de lo posible realizan un seguimiento de los alumnos a través de certificados médicos y otras entrevistas.

Algunos profesionales sostienen que realizan actividades de prevención, como la organización y puesta en marcha de talleres brindados a los chicos, o grupos de reflexión donde se trabajan diferentes temáticas, de manera tal de abarcar a una población más amplia de alumnos.

Cabe destacar que a la hora de abordar dichas problemáticas, presentan como limitación el tiempo de trabajo en la institución. Todos los miembros del servicio cuentan, desde su perspectiva, con pocas horas de trabajo, lo que los condiciona al momento de trabajar determinadas problemáticas complejas como el consumo. Al mismo tiempo consideran importante la necesidad de capacitarse específicamente en la temática, por la presencia cada vez más amplia de dichas situaciones y más precisamente en el ámbito educativo. Suponen que los adolescentes se ven cada vez más afectados por la problemática.

Con respecto al trabajo interdisciplinario, todos los profesionales entrevistados refieren trabajar de manera interdisciplinaria. Sin embargo lo ven limitado ya que se les dificulta la posibilidad de reunirse todo el equipo.

Definen la interdisciplina como la oportunidad de analizar determinadas situaciones teniendo en cuenta las diferentes miradas de todos los miembros del equipo ya que, así, se amplían los abordajes y se realizan lo más completos posible. A su vez le dan importancia a la interacción que se da entre ellos y a la comunicación existente para construir las estrategias de abordajes, ya que eso implica mayor seguridad cuando se interviene en situaciones complejas. Consideran que cada disciplina aporta desde sus conocimientos y herramientas de trabajo, lo que hace que se despejen las situaciones y se deriven de manera apropiada y fundamentada.

Ven necesaria la interdisciplina porque les permite conciliar diferentes posturas y formas de abordaje teniendo en cuenta cada una de las profesiones. A través de ella se pueden consultar y a la hora de realizar abordaje más complejos se basan en las funciones y conocimientos de cada una, lo que hace a la totalidad del equipo. El hecho de trabajar en conjunto con otros profesionales e instituciones también hace a la interdisciplina, como así también la posibilidad de que un miembro del equipo pueda ser la voz del mismo cuando esté incompleto. Una cuestión importante que incluyen algunos profesionales entrevistados, es el acervo personal de cada uno, como así también las experiencias previas y el tiempo de trabajo en la institución.

Propiedad 5: Abordaje de la situación de consumo problemático según criterios institucionales.

En el campo de la salud, se hace la distinción entre los CPAA, por un lado y el hospital y centro de salud por el otro.

Todos los profesionales entrevistados en los CPAA, manifiestan la existencia de pautas de la institución a tener en cuenta para abordar las diferentes situaciones que se presentan. Por ello refieren que en primer lugar lo que se tiene en cuenta, es como llega el paciente, acompañado o no, y su situación, es decir, si viene derivado de otras instituciones por ejemplo. Luego realizan la entrevista de admisión u orientación familiar, en los cuales se comienzan a evaluar y realizar los diagnósticos pertinentes, tanto individual, familiar y social. Las entrevistas de admisión, son relativas y dependiendo de la particularidad de la situación se puede trabajar, a su vez en una instancia de admisión prolongada. Aquí cabe aclarar que una pauta de la institución es que dicho trabajo se debe realizar de manera interdisciplinaria.

Luego, teniendo en cuenta todas las situaciones del paciente y otros criterios que establece la institución: de admisión y exclusión, se comienza a determinar en conjunto, los posibles dispositivos de tratamiento. Dependiendo de la complejidad de la misma pueden ser ambulatorios o requerir internación.

Un tema fundamental que manifestaron algunos de los entrevistados, es la importancia de tener presente, los derechos vulnerados de los pacientes a la hora de recurrir a la institución. Lo primero que se evalúa y se atiende, según estos profesionales, es la vulneración de los derechos, ya que de eso depende incluso el posterior tratamiento.

En el caso del hospital y centro de salud, lo que se realiza en general es la atención primaria de la problemática y posteriores derivaciones a las instituciones pertinentes. Esto es así ya que los profesionales no están especializados en la problemática y además porque cuentan con poco espacio físico y una excesiva demanda. Es por ello que según los entrevistados, reciben al paciente, se lo revisa, estabiliza y luego acuden directamente a la

derivación. Reconocen la necesidad de que la problemática sea abordada desde lo interdisciplinario, por ello realizan las derivaciones.

Cabe destacar que en el caso del hospital, los profesionales entrevistados, en su totalidad manifestaron que están elaborando una guía de consulta con otros profesionales de la institución. El objetivo de la confección de dicha guía es aunar criterios de intervención como así también poder contar con una metodología clara, a la hora de abordar dichas situaciones. Se manifestó la importancia y la necesidad de una orientación respecto de la problemática, ya que las situaciones se presentan con mayor frecuencia en el hospital; y a su vez dan cuenta de la complejidad de la misma. La mayoría de los profesionales manifestó la importancia de conocer y estar en contacto con la red institucional de la problemática, por lo que ellos mismos colaboran en la realización de dicha guía.

En el campo de la educación todos los entrevistados refieren que cuentan con un protocolo de intervención, llamado protocolo de procedimiento ante situaciones de emergencia en las escuelas. Dicho protocolo, según manifiestan los entrevistados, es una construcción en la cual participaron a nivel consultivo, en Mendoza, diversos actores institucionales. Su modificación se produce ante la complejidad de las nuevas problemáticas que atañen a la población escolar, como así también para incluir y tener conocimiento de las nuevas leyes.

Según la evaluación de los profesionales, integrantes de los servicios de orientación, este constituye una guía de orientación y respaldo ante situaciones problemáticas dadas en el ámbito escolar, marcando lo que como institución se debe hacer. Sin embargo consideran que al ser tan extenso y abarcativo no aborda en profundidad las problemáticas escolares.

Tal es así que las situaciones de consumo problemático, se encuentran consignadas en forma general, por lo que los profesionales, a la hora de intervenir en dicha problemática, aplican sus criterios profesionales, dando importancia al trabajo en equipo sin priorizar lo que establece dicho protocolo. Teniendo en cuenta las situaciones particulares que se presentan, toman al contexto y las características de la situación como prioritarias.

CATEGORIA: ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO.

Teniendo en cuenta las propiedades: abordaje de la situación de consumo problemático según profesionales y trabajo interdisciplinario y el abordaje de la situación de consumo problemático según criterios institucionales, analizaremos el abordaje interdisciplinario desarrollado por los profesionales entrevistados.

En primer lugar cabe destacar que nuestra investigación parte del supuesto que el consumo problemático es abordado por equipos interdisciplinarios. Sin embargo a partir de las entrevistas realizadas, damos cuenta que esto, en la práctica, no es así. Por ello es que recuperaremos lo que entendemos por interdisciplina para analizar e interpretar las entrevistas realizadas, a fin de enriquecer la investigación.

En primer lugar podemos dar cuenta que la mayoría de los entrevistados coinciden en sostener que trabajan en equipos interdisciplinarios, reconociendo la importancia del

mismo y sus beneficios. Esto surge de algunos relatos como: “hoy en mi trabajo no me siento segura si no tengo la visión de las otras profesiones, porque te ayuda a ver otras cosas que vos no ves” o “al tener cada uno una mirada distinta, lo favorable es que después nos juntamos y vemos que hacemos”; “se comparten saberes”; “es una forma de trabajo muy enriquecedora, que te ayuda a ver al sujeto de manera integral”. Es decir, que en general, el beneficio de la interdisciplina estaría dado por la posibilidad de lograr una mirada más completa del sujeto, abarcando todas las áreas del mismo, teniendo en cuenta las visiones de todos los profesionales.

Ante esto analizamos que a pesar que existen diversas posturas de lo que es la interdisciplina y sus beneficios, estos últimos no son aprovechados, ya que en general se desconoce lo que implica el trabajo interdisciplinario, perdiendo la posibilidad de gozar de tan valiosa construcción.

Desde nuestra perspectiva, es fundamental comprender que la interdisciplina implica un posicionamiento, es decir, no es algo dado, que se da naturalmente, sino que es algo que se construye entre las diversas disciplinas del saber presentes en un equipo de trabajo. En relación a ello se puede dar cuenta que dicha construcción no se logra concretar, teniendo en cuenta los relatos de los entrevistados, quienes manifestaban: “la interdisciplina se da por la suma y diferencia de miradas”, “la interdisciplina está dada por el solo hecho de la participación de diferentes profesiones”, “cada profesión hace lo suyo y sabe hasta dónde llegar, ya que ahí empieza el trabajo del otro, esa cooperación implica que hay interdisciplina”.

Por otro lado, es necesario tener en cuenta que la interdisciplina, la construcción de la misma, implica el surgimiento de un conocimiento nuevo, que resulte diferente, ya que incluye la integración de los saberes profesionales de cada una de las disciplinas. Es decir cada una de las disciplinas parte, son fundamentales para que surja lo nuevo, y la presencia de ellas es fundamental, para poder configurar un producto diferente de lo que ya existía en las disciplinas. Ninguna profesión por sí misma puede construir un conocimiento diferente si no es en interrelación con otras disciplinas. En relación a ello, se puede observar que los profesionales entrevistados confunden el término interdisciplina con otras situaciones, y lo que es más complejo aún, no solo confunden el término sino lo que este involucra, en cuanto a que es un concepto superador a diferencia de determinadas formas de trabajo. Por ejemplo: “no podríamos funcionar, si no hubiera interdisciplina, porque se necesita la presencia de las profesiones...”, creo que si yo no estoy, mi compañera de equipo puede opinar por mí”, “trabajamos interdisciplinariamente, porque siempre trabajamos con diversas instituciones, porque no podemos hacernos cargo de todas las problemáticas...”, “tratamos de trabajar en equipo, en red, porque si no es así, el trabajo interdisciplinario fracasa, porque para un mismo caso intervienen distintas instituciones”, “en forma individual no puedes abordar nada...”.

Para otros entrevistados la posibilidad de trabajar en interdisciplina se basa en reunirse periódicamente a discutir sobre algunos “casos puntuales”, o poder tener un espacio para hacerlo: “esto de tener un día de reunión y tener el espacio para poder reunirnos para poder consensuar algunas situaciones, casos puntuales”. Esto nos permite reconocer que tampoco se reconoce ni se valora el espacio y la posibilidad de reunirse y trabajar como equipo de trabajo, considerando que este es fundamental para construir conocimientos nuevos en torno a un objeto de intervención.

Podemos analizar que los profesionales tienen diferentes miradas con respecto a la interdisciplina, lo que puede influir de manera negativa en la concreción de objetivos propuestos y posteriores abordajes. Por ello consideramos de fundamental importancia que cada uno logre especificar en sus equipos de trabajo lo que entienden por interdisciplina y puedan llegar a mancomunar ideas, conceptos, metodologías de trabajo, etc. Es decir, que se logre la síntesis del grupo, que implica que además de la presencia, se pueda eliminar la mirada particular, para integrar las modalidades de las diferentes disciplinas, pudiendo reconocer de esta manera la incompletud de sus miradas y saber que eso conlleva a la apertura de cada profesional a integrarse en los conocimientos y saberes del otro, de manera de deconstruir, construir y reconstruir los propios.

Al mismo tiempo se enfatiza el hecho que los profesionales sostienen que trabajando interdisciplinariamente se pueden realizar abordajes más integrales y completos, argumentan que la suma de miradas aporta al abordaje del objeto de intervención, esto se puede visualizar en relatos como los siguientes: “la posibilidad de sumar miradas en torno a un sujeto, permite consensuar en equipo y tomar decisiones mucho más acertadas”, o “con la mirada de todos podemos ver que se hace con esa situación, solucionando el problema en todos sus sentidos”.

El hecho de que algunos entrevistados, en su minoría, a la hora de referir que hacen ante situaciones de consumo problemático y que es lo que se debe hacer según la institución, expresan que el trabajo es interdisciplinario, sin embargo este pensamiento se ve confrontado cuando se les pregunta por qué afirman dicha situación, es ahí donde se permiten cuestionar sus pensamientos y posturas, dando cuenta que el trabajo que realizan termina siendo multidisciplinario. Consideramos que aunque sea la minoría de profesionales, esto configura el puntapié para empezar a pensar la interdisciplina como tal, con todo lo que implica. Permittedose tener una mirada integral y de elucidación, es decir, pensar lo que hacemos y saber qué pensamos. Considerando siempre que si bien el trabajo en interdisciplina no siempre puede resultar exitoso, pero sería el primer paso para la construcción de nuevas formas de abordaje.

Pensar en nuevas formas de abordaje implica pensar y darse la oportunidad a confrontar, pero no una confrontación que resulte autoritaria, sino que sea confrontación en el diálogo, ya que es éste el que permite la construcción de nuevos saberes, lo que da lugar a la interdisciplina, y ese diálogo creador se traduce en intervención en lo social. Por ello, la importancia de la construcción de la interdisciplina para nuestra profesión, se da porque a partir de ella se pueden fomentar estrategias de intervención en lo social.

En conclusión, teniendo en cuenta todo lo expuesto, podemos dar cuenta que si bien, nuestra investigación partía del supuesto que la problemática era abordada desde la interdisciplina, al analizar que esto no es así, ya que la percepción de la misma está tergiversada, enriquece nuestra investigación, al dar cuenta que el abordaje de las situaciones de consumo problemático no se ven afectadas por las representaciones sociales de los profesionales, sino por el hecho de no tener la posibilidad de trabajar en interdisciplina. Este es un hallazgo en nuestra investigación, lo que nos ha llevado a profundizar en dicha categoría.

Propiedad 6: Acceso al tratamiento de salud.

Los entrevistados refieren que existe una variedad de factores que influyen a la hora de determinar que un sujeto acceda o no a un tratamiento de salud y a su vez logren sostenerlo en el tiempo.

En el campo de la salud todos los entrevistados hacen referencia a la complejidad presente para determinar el acceso a la misma debido a que existen algunos factores preponderantes, como los aspectos personales y subjetivos de los sujetos y los factores contextuales como los institucionales y familiares. Estos últimos engloban situaciones como la excesiva demanda, demora en los turnos, necesidad de recurso humano especializado en la temática, falencias en las infraestructuras institucionales, como así también la falta de acompañamiento familiar y social. Todo ello, entre otras variables, influye en que un sujeto pueda acceder o no a un tratamiento de salud, frente a su situación de consumo problemático.

En el caso de las instituciones que no trabajan específicamente con la problemática y su labor está enfocado en hacer las derivaciones correspondientes, no logran dar cuenta del efectivo acceso de los sujetos a tratamiento. En relación a ello, algunos manifiestan no conocer la red institucional por lo que las derivaciones no son pertinentes, lo que trae como resultado que el paciente quede varado en el camino. Esto da cuenta que otro de los factores que influyen en el acceso al tratamiento, va a estar dado por la voluntad y predisposición de los profesionales a la hora de trabajar con sujetos que padecen dicha problemática, como así también la necesidad de enriquecer su saber institucional, para realizar las derivaciones como corresponden.

Específicamente los entrevistados que trabajan en salud mental, además de referirse al acceso al tratamiento, logran pensar y mencionar algunos aspectos respecto al sostenimiento de un tratamiento de consumo problemático. Ellos refieren que es complejo y esto es debido a las mismas características que dicha problemática posee, es decir, sostienen que existe una necesidad de que los sujetos problematiquen el consumo, lo cual requiere de tiempo, voluntad, predisposición y esfuerzo por parte de los mismos, entre otras cosas. Por ello dicho sostenimiento está relacionado con el aspecto subjetivo y también con la posibilidad de que existan y se le ofrezcan diversos dispositivos acordes a las expectativas que tenga el sujeto con respecto al tratamiento.

En el campo de la educación, a la hora de referirse al acceso al tratamiento por parte de los sujetos, todos los entrevistados manifiestan tener en claro que el lugar que ocupan dentro del establecimiento es de orientación, no de seguimiento ni de tratamiento; esto hace que algunos profesionales intervengan de manera activa en la problemática y otros no. Es decir, algunos refieren que es la demanda, las horas de trabajo y el desconocimiento de la problemática lo que les impide hacer un seguimiento de las situaciones y de esta manera conocer si están en tratamiento o no. En cambio, otros trabajan desde lo que les imparte la institución es decir, teniendo en cuenta que su función es la de contención, acompañamiento y derivación correspondiente según la problemática que se les presente. Y solo dan cuenta del sujeto en tratamiento, a través de los certificados médicos que estos presentan en las instituciones educativas.

En conclusión dentro de este campo los entrevistados manifiestan que en general las situaciones que determinan o no el acceso al tratamiento es la escasa problematización del consumo, tanto de la familia que acompaña como también del sujeto, las demoras en los turnos de aquellos que tienen obra social como los que no, la ausencia de instituciones que cubran todas las franjas etáreas, los pocos profesionales en educación que están

especializados en la problemática, como así también la lógica institucional que impone ciertos límites. A su vez resaltan la importancia de todos los actores institucionales a la hora de realizar un acompañamiento del sujeto en la problematización de su consumo, ya que ello influye en que se acceda o no a un tratamiento.

Propiedad 7: Derecho a la salud.

En general todos los entrevistados, tanto del campo de la salud como de la educación, reconocen a la salud como un derecho, brindando importancia al mismo, y teniendo en cuenta que nos incluye a todos sin distinción alguna, mencionando, clase social, edad, religión o raza.

A su vez logran caracterizar el derecho a la salud, especificando algunos elementos que este abarca. Por ejemplo que sea accesible, que se dé la atención primaria, que la atención sea de calidad en tiempo y forma, que se brinde información, entre otros; pero dejando de lado otras características fundamentales de la misma. Por lo que se puede dar cuenta que ninguno de los entrevistados logra mencionar con claridad todos los elementos que forman parte del derecho a la salud.

La mayoría da cuenta que un aspecto es el derecho a la salud y otro es el ejercicio efectivo del mismo, ya que consideran que existe una brecha que va en aumento donde son las instituciones, el Estado, los profesionales y los sujetos implicados los que juegan un papel importante a la hora de hacer cumplir este derecho.

Muy pocos entrevistados incluyen en el concepto de salud y de derecho a la salud, tanto la salud física como mental. En su mayoría solo mencionan que el derecho a la salud es la posibilidad de gozar de un “buen estado de salud físico” y el no considerar a la salud mental dentro del derecho a la salud se muestra como una falencia a la hora de pensar a la misma como un todo que tiene en cuenta al sujeto desde su integralidad.

La minoría de los entrevistados logran relacionar la implicancia del derecho de la salud con otros derechos y viceversa, reconociendo que el derecho siempre está presente pero no todas las veces se logra su cumplimiento, al igual que todos los derechos. En este sentido también mencionan la importancia que implica el ejercicio de los derechos, en relación a que cada sujeto es responsable de hacer valer sus derechos.

Cabe destacar que en el ámbito de la educación los profesionales reconocen al derecho de la salud con la misma importancia que el derecho a la educación. Y consideran que uno implica el otro, pero que a veces se debe relegar la educación por situaciones de salud de los sujetos. También mencionan al ámbito educativo como un ámbito saludable para los adolescentes.

CATEGORIA: ACCESO AL DERECHO A LA SALUD.

Teniendo en cuenta las propiedades: acceso al tratamiento de salud y derecho a la salud, analizaremos el acceso al derecho a la salud, a partir de lo desarrollado por los profesionales entrevistados.

Al hablar del derecho a la salud, según nuestra perspectiva, tomamos lo que establece la Organización Mundial de la Salud, la cual define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y

enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.

En este sentido podemos dar cuenta que los entrevistados no logran manifestar clara ni completamente, lo que es el derecho a la salud; aún siendo muchos de ellos profesionales que se desenvuelven en dicho campo, esto fue observado en la mayoría de las entrevistas realizadas. Además cabe destacar que al momento de responder esta pregunta, incluida en el instrumento de recolección de datos, los profesionales se mostraban dudosos, sorprendidos y pensativos, lo que da cuenta de la dificultad de expresar una conceptualización de un elemento esencial a la hora de trabajar en el abordaje de situaciones problemáticas, ya sea en el ámbito de salud, o en el ámbito escolar, como así también en cualquier otro ámbito donde se presenten situaciones de consumo problemático.

En el desarrollo de las entrevistas surgieron frases como: “es el derecho a ser curados en caso de enfermedades...”, “es que el paciente se vaya conforme del centro de salud, ante la atención brindada...”, “no se le puede negar a nadie el derecho a la salud, para eso existe la parte pública...”, “la idea de salud en el hospital, es compensar al sujeto...”, entre otras. Todo ello nos permite dar cuenta que la complejidad del derecho a la salud no es asimilada por la mayoría de los profesionales, no tienen en cuenta aspectos fundamentales del mismo, como abarcar la salud física, mental y social; aspectos relevantes a la hora de pensar en el consumo problemático.

Por otro lado, consideramos que la salud abarca una serie de aspectos necesarios a tener en cuenta al momento de pensar a la misma como derecho. El derecho a la salud es inclusivo, es decir comprende a todos los ciudadanos sin distinción alguna, como así también otros factores que pueden contribuir a una vida sana. El hecho de que los entrevistados incluyan en el derecho a la salud la posibilidad de construir más instituciones, es un elemento que hace a la inclusión del derecho, pero no el único. Existen otras cuestiones, como por ejemplo, la posibilidad de contar con agua potable, que los profesionales no tienen en cuenta a la hora de pensar lo que abarca el derecho a la salud.

Asimismo el derecho a la salud implica algunas libertades, como por ejemplo, no someterse a tratamientos sin consentimiento por parte de los pacientes. Si bien la mayoría de los entrevistados, reconoce que la Ley de Salud Mental, establece que no se puede obligar a los sujetos a realizar el tratamiento, afirman que algo que falta trabajar por su parte es la participación que se da a los pacientes con respecto a la toma de decisiones en relación a su salud; aspecto relevante pensando en la salud como derecho.

Muchos entrevistados al expresar que aspectos abarca el derecho a la salud, se basaron en el acceso y disponibilidad de servicios con que cuentan las instituciones de salud, sin mencionar la necesidad de que los servicios sean de buena calidad. Esto se observó en frases como: “que hayan centros de salud disponibles para todas las comunidades...”, “que haya un centro de salud o posta sanitaria más cercana a las viviendas de las personas...”, “el derecho a la salud lo entiendo como el acceso a servicios para distintos tratamientos...”, “el acceder a una institución...” entre otros. Sin embargo consideramos que no solo el acceso y la disponibilidad de servicios hacen al derecho a la salud, sino que la calidad de los mismos es necesaria para abordar todas las problemáticas de salud. Cuando hablamos de calidad, estamos hablando de varias cuestiones, por ejemplo que existan profesionales formados, que los servicios, bienes e instalaciones sean

apropiados desde todo punto de vista científico, que las instituciones cuenten con espacio físico suficiente para atender a toda la demanda como así también que estos se encuentren en condiciones. Cabe destacar que el buen trato, respetuoso, honesto hacia los pacientes, también forma parte de la calidad de los servicios de salud.

Otro factor importante a tener en cuenta es que todos los derechos de los sujetos son interdependientes, es decir, que el derecho a la salud requiere del cumplimiento de todos los derechos y viceversa. Por ello, el derecho a la salud no puede realizarse si la persona no disfruta de sus otros derechos, lo que trae como consecuencia la obstaculización del derecho a la salud. Y a la inversa, el no reconocimiento del derecho a la salud, a menudo puede obstaculizar el ejercicio de otros derechos humanos, por ejemplo, el derecho a la educación o al trabajo. La minoría de los entrevistados logró reconocer que el derecho a la salud es condición necesaria para el cumplimiento de otros derechos, como así también estos últimos hacen al derecho a la salud.

Por otro lado, damos cuenta que se reconoce la importancia del derecho a la salud, pero que existe una brecha entre lo que es y lo que implica este derecho, y el ejercicio efectivo del mismo. Es decir, como se lleva adelante, y se cumple el derecho en la cotidianeidad. Los entrevistados manifiestan al respecto: “el derecho a la salud, es antiquísimo, en términos legales, sin embargo una cosa es pregonarlo y otra es hacerlo efectivo...”, “...en este momento, si bien todos tenemos el derecho el mismo derecho a la salud, no todos tienen el mismo acceso...”, “hay un trecho muy grande entre el derecho y el acceso real, aún siendo una sociedad de privilegios...”. Estos relatos nos permiten afirmar que en la vida real y concreta, en reiteradas oportunidades no se hace efectivo el derecho que todos poseemos, sino que queda en lo que establecen un sinnúmero de leyes, tratados, acuerdos y pactos internacionales.

En relación a todo lo anterior, consideramos que el acceso a un tratamiento de salud, por parte de los sujetos con consumo problemático, es parte indispensable del derecho a la salud.

Nuestra investigación no se basa en medir si los sujetos con consumo problemático acceden o no a un tratamiento de salud, pero si conocer si esto sucede desde la perspectiva de los profesionales. Por ello, analizamos que la mayoría de los entrevistados, no logra determinar si los pacientes acceden o no a un tratamiento de salud, y ello es porque sus competencias profesionales dependen de las instituciones en las que se desarrollan.

En el caso de las escuelas, hospital y centro de salud; que identifican la problemática y luego realizan las derivaciones correspondientes, sucede que debido a una variedad de situaciones tienen marcadas dificultades de hacer seguimientos, lo que les imposibilita conocer la continuidad de los tratamientos. Esto se observa en relatos como los siguientes: “se recibe al paciente, se lo revisa y estabiliza y después lo derivamos, se hacen los contactos pertinentes con las instituciones donde va a ir, pero desconocemos si acude luego a la entrevista”, “desde acá se orienta y se hace la derivación, por la cantidad de demanda no podemos hacer seguimiento...”, “el seguimiento que hacemos es a través de los certificados médicos como que están en tratamiento, llegamos hasta donde llegamos, porque mas no podemos hacer porque no nos compete...”.

En el caso de los CPAA, el acceso está delimitado por criterios que marca la institución: criterios de exclusión e inclusión. Es por ello que los pacientes pueden acceder al tratamiento, pero esto no asegura su sostenimiento en el tiempo. “los pacientes acceden a los dispositivos de atención, pero todo depende de su adherencia al tratamiento...”.

“acceden, pero tienen que pasar por varias cosas para que alguien considere que el tratamiento es posible...”, “el problema es que sostengan el tratamiento en el tiempo, los consumidores tienen baja tolerancia a la frustración, quieren curarse ya, quieren las cosas ya...”, “el 99% del tratamiento depende del trabajo y voluntad del sujeto, si no lo abandonan...”

A su vez, podemos analizar que el acceso a un tratamiento de salud por parte de los sujetos que tienen un consumo problemático, depende de varias cuestiones. Una de ellas es la problematización que el sujeto haga de su consumo, como así también de la problematización del contexto: tanto familia y amigos. Es decir, que si el sujeto no reconoce como problemático su consumo, no se trabaja en la conciencia de enfermedad, es poco probable que este acceda a un dispositivo de salud. Los entrevistados sostienen: “si al chico no le molesta fumar marihuana, no va a ir al médico...”, “depende de cuánto cada uno problematice, de cuáles son los objetivos por los cuales va, depende de las circunstancias en las que llega...”, “el paciente no se siente afectado por su consumo, vos le podés hablar de las consecuencias a largo plazo, pero no es un problema para él...”. Con respecto a la problematización del contexto, se analizaron frases como: “cuesta mucho que los papás lo puedan ver, que puedan entender la dificultad del chico...”, “si los padres no comprenden que el chico necesita de una consulta, de un tratamiento, no acceden al mismo...”

Otro de los factores que influyen en el acceso al tratamiento es la situación de las instituciones de salud, con esto hacemos referencia al colapso de las mismas por el aumento constante de las demandas, lo que trae como consecuencia demoras en los turnos, falta de recurso humano capacitado, también se trabaja en la asistencia, sin dar lugar a las actividades de prevención y promoción, falta de tiempo para que los profesionales puedan reflexionar sobre el trabajo comunitario, entre otros. Los profesionales refieren al respecto: “no logro tener el tratamiento a tiempo, cuando realmente lo necesitaba, y no se pudieron trabajar ciertos aspectos que tenían que ser trabajados en ese momento...”, “le dan un turno para dentro de varios meses, entonces se cortan un montón de procesos y a la vez se podrían evitar otros, lo que agrava la situación del consumo...”, “si hubiese establecido empatía con la psicóloga, hubiese continuado con el tratamiento...”

A su vez, como mencionamos anteriormente, el desconocimiento de la red institucional, influye de manera significativa en el acceso al tratamiento, ya que muchos profesionales realizan derivaciones sin conocer en profundidad a quién, cómo y dónde. Además el hecho de no conocer cómo trabajan las instituciones de salud mental, hace que se hagan propuestas de tratamientos y que luego el paciente se encuentra con otra propuesta. Esto implica, que aun habiendo tenido la voluntad de acceder, no logró hacerlo por situaciones ajenas al paciente. Siendo responsabilidad de los profesionales dar a conocer las propuestas de dispositivos de atención para los pacientes, trabajando desde la co-construcción con el sujeto.

Por último cabe hacer un análisis complejo desde nuestra perspectiva, y esto tiene que ver con lo que las instituciones y los profesionales consideran respecto del consumo problemático. Recuperando la noción de consumo problemático, consideramos que este incluye el uso que sea perjudicial para el sujeto y su entorno, como el abuso y dependencia, lo que se transforma luego en adicción; como así también a todos aquellos objetos que puedan volverse objetos de consumo excesivo en la vida de un sujeto. Sin embargo, las instituciones específicas que abordan dicha problemática, si bien se

posicionan en el consumo problemático como tal, expresan no realizar intervenciones en aquellas situaciones en que la problemática está dada por el consumo de otros objetos que no sean sustancias psicoactivas. Y esto se da porque los criterios institucionales de admisión así lo establecen. Tal criterio establece: “serán admitidas personas que presentan abuso o dependencia de sustancias psicoactivas”.

Consideramos que si bien existen programas provinciales que abordan situaciones de consumo de objetos, tales como la ludopatía, el consumo problemático de alimentos, etc., estos no son suficientes para atender a una problemática cada vez más creciente y compleja; ya que vivimos en una sociedad de consumo, donde la cultura del consumo nos abarca a todos.

Es importante resaltar que a partir de abril del presente año, con la aprobación del proyecto de Ley IACOP, el Plan Provincial de Adicciones, comenzó a trabajar activamente en lo que implica dicha Ley, la cual en su artículo n° 2 establece acerca del consumo problemático: “ a los efectos de la presente ley, se entiende por Consumos Problemáticos aquellos consumos que -mediando o sin mediar sustancia alguna- afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas –legales o ilegales- o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud.”

Sostenemos que este Proyecto de Ley y los trabajos afines desarrollados por el Plan, marcan el puntapié para realizar abordajes desde dicha postura. Sin embargo esto se está trabajando a nivel provincial, con la necesidad de que los CPAA trabajen en la misma dirección; lo que es manifestado por algunos de los profesionales entrevistados.

CATEGORIA EMERGENTE: PROFESIONES EN LA INTERDISCIPLINA.

Luego de realizar el análisis de las entrevistas, se detectó la presencia de una categoría emergente, ya que en la mayoría de las entrevistas aparecieron relatos que se reiteraban, lo cual nos llevó a darnos cuenta que ameritaban un análisis.

El hecho de que se resalte o se determine la necesidad de que existan, en un equipo interdisciplinario, determinadas profesiones para que el trabajo que se realiza tenga mayor riqueza y que los abordajes sean apropiados, nos lleva a pensar que los profesionales entrevistados no comprenden que para la construcción de la interdisciplina no es necesaria la presencia de determinadas disciplinas, sino que la riqueza de la misma está dada en la apertura de los profesionales para construir algo nuevo.

Así como algunos profesionales expresan la ausencia de determinadas profesiones, otros rescatan que la incorporación de ciertas disciplinas hace a la diferencia de los abordajes marcando un antes y un después en el trabajo del equipo.

Esto se visualizó en relatos como “pienso que en el equipo falta la mirada de un psicólogo, que sería importante tenerla porque es distinta su mirada y enriquecería mucho el trabajo que hacemos...”, “después de haber tenido la experiencia de trabajar con psicólogos me doy cuenta que acá es la pata que falta y que sería interesante poder construir e integrar con esa pata como para poder abarcar más dimensiones”, “quiero destacar la incorporación de Yamila (psicóloga) al equipo, ya que hizo un salto grande en

la forma de trabajar del gabinete...”, “el temita de la falta de psiquiatra nos complica el trabajo...”

Entendemos que mientras más disciplinas formen parte de un equipo interdisciplinario, mayores posibilidades existen de que el aporte sea variado y que la construcción que puedan realizar sea más completa y pertinente, pero es necesario aclarar que la presencia de la diversidad de disciplinas no garantiza la interdisciplina, por ello si bien la diversidad es un factor que aporta no es el único.

CAPITULO

4

CONCLUSIÓN

En la presente Tesis, nos propusimos como objetivo general conocer la influencia de las representaciones sociales de los equipos interdisciplinarios de los campos de salud y educación, en el abordaje de situaciones de consumo problemático y cómo éste condiciona el acceso al derecho a la salud de los sujetos, desde la perspectiva de los profesionales.

Consideramos que dicho objetivo, eje de la investigación, ha sido cumplido acorde a la metodología propuesta, obteniendo datos relevantes que permitieron llegar a las conclusiones y propuestas de la investigación.

Teniendo en cuenta el objetivo específico de reconocer el impacto del consumo problemático en la sociedad actual como manifestación de la cuestión social en la vida cotidiana, podemos dar cuenta de que dicha problemática ocupa un lugar importante ya que se presenta dentro del marco de una sociedad de consumo.

En el discurso de los profesionales entrevistados está presente el hecho de que las manifestaciones de la cuestión social influyen en la vida cotidiana de todos los sujetos pero que impactan de diferente manera generando diversas consecuencias. Es por ello que dentro de la lógica neoliberal capitalista podemos reconocer a esta sociedad como una verdadera “Cultura del Consumo”, basada en un goce perpetuo producto de un proceso de diferentes épocas que provoca un condicionamiento cultural muy fuerte que promueve lo que podemos llamar una época de “Individualismo”.

En este sentido, aparece el consumo no solo como componente dinámico de la economía, sino también como patrón de establecimiento en las relaciones entre los sujetos y los sujetos con los objetos. Así es que vivimos en una sociedad consumista, en práctica permanente de conseguir objetos y renovarlos sistemáticamente.

En relación a otro objetivo específico basado en identificar los distintos tipos de intervención realizados por las instituciones de salud mental, con respecto al consumo problemático que se desarrollan en la actualidad, si bien contábamos con conocimiento previo sobre el mismo, el indagar en la investigación, nos permitió reconocer la modificación que se está llevando adelante respecto de la intervención en situaciones de consumo problemático. Modificación dada por la creación de un nuevo Proyecto de Ley (Ley IACOP) que progresivamente va siendo incorporada en las metodologías de trabajo.

Los objetivos ya mencionados resultaron fundamentales a la hora de indagar de manera general en la problemática, ya que pudimos analizar y dar cumplimiento a los siguientes objetivos que fueron orientadores durante el proceso investigativo. Ellos son:

- Conocer la representaciones sociales de los equipos interdisciplinarios acerca del consumo problemático.
- Indagar el abordaje en los campos de la salud y educación, sobre el consumo problemático.
- Analizar, desde la perspectiva de los equipos interdisciplinarios, el impacto de los abordajes en el acceso al derecho a la salud de los sujetos.
- Generar un aporte a los profesionales de Trabajo Social en relación a los abordajes de situaciones de consumo problemático.

Teniendo en cuenta la anticipación de sentido de la investigación: “las representaciones sociales de los profesionales que forman parte de los equipos interdisciplinarios que trabajan en los campos de salud y educación, son parte de la construcción del abordaje de situaciones de consumo problemático. Sin embargo, depende de la representación que se ponga en juego en la construcción del abordaje, se facilitará o no el acceso a la salud de los sujetos”, pudimos llegar a las siguientes conclusiones.

Durante el desarrollo de la investigación, a lo largo del análisis de las entrevistas realizadas, pudimos dar cuenta que las representaciones sociales al ser construcciones simbólicas que se crean y se recrean en los diferentes ámbitos de trabajo de los profesionales y que a su vez están compuestas por valores, opiniones, creencias, es decir, por todos aquellos elementos que forman parte de la subjetividad de los profesionales, influyen en los abordajes de situaciones de consumo problemático. Sin embargo, la posibilidad de construir ciertas representaciones sociales determinada por diversos factores, tales como los discursos recibidos, las interacciones sociales, conocer y profundizar en la problemática, lo que esta incluye, el cambio de paradigma etc., termina

condicionando el acceso a la salud de los sujetos; ya que depende de la construcción y reconocimiento que hacen los profesionales de los distintos ámbitos y la manera de entender y comunicar la problemática, hace que los sujetos no solo puedan acceder a un tratamiento de salud respecto de la misma sino también que puedan sostenerlo.

Antes bien, los profesionales al construir diversas representaciones sociales tienen la capacidad de dotar de sentido a la realidad social y por ende, le otorgan determinada significación al consumo problemático. El conjunto de significaciones influye en la construcción de los abordajes, sumado a que si los mismos son pensados en equipos de trabajo, se produce cierta interacción social que aporta a la intervención a realizar.

Así mismo, la minimización y naturalización que forma parte de algunos profesionales e instituciones respecto de la problemática, hace que la misma no se problematice en aquellas instituciones donde se hace la atención primaria de la salud, por lo que a los sujetos se les determinan ciertas derivaciones sin la posibilidad de cuestionar y participar en el proceso de salud, tal como lo establece el derecho a la misma. Situación similar ocurre en las instituciones de salud mental cuando no se brindan los dispositivos de tratamiento acorde a las expectativas de los pacientes en tiempo y forma.

Otra de las situaciones analizadas es con respecto a los objetos que se incluyen dentro del consumo problemático, ya que ello también forma parte de las representaciones sociales desarrolladas por los profesionales. Esto, sin duda, repercute en las intervenciones de los profesionales, tanto en el campo de la salud como en el de la educación, considerando que la construcción de una intervención profesional es la “puesta en acto” de un trabajo o acciones determinadas a partir de una demanda, e incluye activamente a las representaciones sociales construidas. Es decir, que esa “puesta en acto” sería insuficiente si no afirmáramos que ella se configura desde una matriz teórica, la cual tiene en cuenta a las representaciones desarrolladas por los profesionales.

Por ello en el ámbito de la salud, los CPAA, por ejemplo, abordan situaciones de consumo problemático de sustancias; aún considerando que la problemática es más amplia y que incluye otros objetos. En el campo de la educación como así también en aquellas instituciones de salud, que no abordan específicamente la problemática, sucede que hay desconocimiento sobre donde derivar ciertas situaciones de consumo problemático, lo que repercute en aquellos sujetos que padecen un consumo de otros objetos (tecnología, alimentos, juegos, moda, entre otros), y requieren la atención y tratamiento y no logran acceder al mismo, y que por una falta en el sistema institucional sus posibilidades de acceso a un tratamiento y recuperación sean nulas. El paciente queda varado en la institución donde se le hizo la atención primaria, en el caso que fuera atendido en Hospitales o Centros de Salud, o queda varado en una institución educativa que no tiene las herramientas para brindarle una atención sanitaria completa y de calidad.

Sin embargo, además de todo lo expuesto consideramos de gran importancia mencionar un hallazgo desarrollado durante el proceso de la investigación, ya que ello influye en el acceso al derecho a la salud de los sujetos.

Los objetivos de la presente investigación se pensaron y planificaron teniendo en cuenta que los datos que se recolectarían de las entrevistas serían de profesionales que trabajaran en los ámbitos de salud y de educación; es decir, que los análisis realizados son provenientes de los aportes de ellos y la investigación se desarrollaría teniendo en cuenta la perspectiva de los profesionales. A su vez, también se planteó desde un principio, entrevistar a profesionales que trabajaran y formaran parte de equipos interdisciplinarios.

Es decir, que la investigación partió del supuesto que a los equipos que se les presentan y abordan situaciones de consumo problemático, lo hacen de manera interdisciplinaria. No obstante, al incluir una pregunta en el instrumento de recolección que diera cuenta si el trabajo que realizaban era interdisciplinario, surgieron datos que fueron incorporándose a nuestro análisis y que se transformaron en un aspecto importante en la investigación.

En relación a todo esto, observamos que si bien las representaciones sociales construidas por parte de los profesionales influyen en los abordajes realizados y esto a su vez determina el acceso al derecho a la salud de los sujetos; la forma en que se construyen dichos abordajes también tiene consecuencias en el acceso a la salud de los mismos. Es decir, si el equipo de trabajo de las instituciones pertenecientes a los campos de salud y educación, no tienen en cuenta el trabajo interdisciplinario y no trabajan desde la interdisciplina a la hora de abordar la problemática, consideramos que va a existir una alta probabilidad de que las intervenciones no sean rigurosas e integrales y no se ajusten a la complejidad que presenta dicha problemática.

El abocarnos y proponer que el trabajo ante situaciones de consumo problemático sea realizado de manera interdisciplinaria, permitirá que todas las disciplinas tengan la misma importancia y participación logrando cuestionar cada profesional su propia disciplina, para que la construcción que del trabajo surja no esté marcado por una disciplina en particular.

Toda intervención profesional está caracterizada por dos aspectos, sobre los cuales debemos mantener una vigilancia constante: la visión teórica e ideológica que poseen los profesionales (representaciones sociales), y cómo esto se materializa en una acción con sentido sobre la realidad social, es decir, cómo se convierte en una determinada forma de abordaje. Y específicamente en nuestra investigación cómo esa materialización de teorías y formas de pensamiento, determinan el acceso al derecho a la salud de los sujetos.

Cabe destacar, que cuando hablamos de que la interdisciplina se transforma en un posicionamiento cuasi indispensable para abordar situaciones de consumo problemático, pensamos en que todas las instituciones de salud, educación y cualquier otro ámbito social, deben estar preparadas y contar con profesionales que otorguen la importancia que merece dicha forma de trabajo.

Sostenemos también, que la posibilidad de que se esté gestando un cambio de paradigma y por ende un cambio en la forma de trabajar, tiene que ver con que se están cuestionando, repensando y replanteando determinadas formas y esto se relaciona con que la sociedad está en continua transformación, y por lo tanto hay problemáticas sociales que, de acuerdo al momento histórico, social y cultural que atravesamos, se colocan por encima de otras.

Teniendo en cuenta todo el proceso realizado, consideramos que los datos recolectados y el análisis desarrollado, constituye un aporte fundamental para el Trabajo Social; porque en reiteradas oportunidades nos encontramos con profesionales que se encuentran “cómodos” en determinadas formas de trabajo, sin tener ni generar posibilidades de repensarlas. Así, la posibilidad de realizar la presente investigación nos permitió dar cuenta que los Trabajadores Sociales, a pesar de haber desarrollado a lo largo de la carrera la capacidad de interpretar la realidad social, como así también de trabajar en equipos interdisciplinarios, existe la necesidad de profundizarlo en los respectivos ámbitos de trabajo.

Si tenemos en cuenta que el consumo es una problemática compleja y multifactorial, observamos que existe la necesidad de contar con el aporte de un profesional que logre realizar una lectura crítica de la misma y analizar como ésta se desenvuelve y afecta a los sujetos que forman parte de la sociedad, permitiendo desarrollar diversas herramientas para afrontar dicha problemática.

En conclusión, consideramos que el profesional de Trabajo Social, de acuerdo al perfil desarrollado a lo largo de la carrera, es promotor de la interdisciplina, teniendo en cuenta a la misma como forma de trabajo superadora que permite abordar todas las problemáticas sociales presentes en la sociedad.

Como propuesta para futuras investigaciones, consideramos que profundizar en el consumo problemático, teniendo en cuenta todos los aspectos implicados en el mismo, a la luz del trabajo interdisciplinario, permitirá construir un nuevo modelo de intervención que sea abarcativo y superador. Esto permitirá crear y utilizar enfoques o modelos de abordajes cada vez más inclusivos y completos acorde a lo que demanda la sociedad en un momento histórico, económico, cultural y social determinado.

En general, la presente investigación pretendió realizar un aporte a la intervención de aquellos profesionales que trabajan con la problemática del consumo, a fin de que sus representaciones no determinen el abordaje de las situaciones y por ende el acceso al derecho a la salud de los sujetos.

Como así también generar conocimiento y concientización en aquellos profesionales que no trabajan directamente con la problemática, para que, teniendo en cuenta la complejidad de la misma, no realicen abordajes arbitrarios basados en las representaciones, prejuicios, y/o creencias, sin conocer lo que ello implica para los sujetos que consumen.

A su vez, se intentó brindar herramientas a todos los profesionales, para profundizar en una forma de trabajo que consideramos fundamental para abordar situaciones problemáticas: la interdisciplina, como posicionamiento que permite promover intervenciones integrales acordes a la compleja sociedad actual.

BIBLIOGRAFÍA

Araya Umaña, S. “Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión”. En Cuaderno de Ciencias Sociales N° 127. FLACSO. Año 2002. Pág. 11.

Barandica Jorge. “IV Seminario de Educación sobre Adicciones”. Programa Medios en la Educación, el Diario en la Escuela. Diario Los Andes. Auditorio Dr. Adolfo Calle. Pública Diario Los Andes; Abril 2007.

Bourdieu, Pierre. “Espacio Social y Génesis de las Clases”. En estudios sobre las culturas contemporáneas N° 7. Año 1989. Pág. 32-33.

Bourdieu, Pierre. “Razones Prácticas. Sobre la teoría de la acción”. Ed. Anagrama. Barcelona. Año 1997. Pág. 19.

Calabrese, Alberto. “La problemática de la droga desde la óptica social”. Artículo de la presidencia de la Nación. Año 1998.

Carballeda, Alfredo. “El proceso de análisis y la intervención en Trabajo Social”. Revista Escenarios N° 2. Escuela Superior de La Plata. UNLP. Año 1997.

Castoriadis, Cornelius. “La institución imaginaria de la sociedad”. Vol. I. Ediciones Tusquet 2da. Buenos Aires. Año 1993.

Carballeda, Alfredo “El proceso de análisis y la intervención en Trabajo Social” Revista Escenarios N° 2. Escuela Superior de La Plata. UNLP. Año 1997.

Calderón, Diana. “Diplomatura universitaria en investigación, prevención y tratamiento de adicciones”. Universidad del Aconcagua. Mendoza. Año 2012.

CELATS. “La práctica del Trabajador Social”. Editorial Humanitas. Buenos Aires. Año 1981.

Eroles, Carlos. “Los Derechos Humanos: Compromiso ético del Trabajo Social.”. Centro de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Editorial Espacio. Buenos Aires. Año 2002.

Fainstein Hector. “Entidades sin fines de lucro. Programa de desarrollo social”. Capítulo XI: El Trabajo en Equipo. Ed. Humanitas. Año 2001.

Follari, Roberto. “Interdisciplinariedad: los avatares de la ideología”. México, UAM-Azcapotzalco. Año 1982. Pág. 135- 138.

Follari, Roberto. “Acerca de la Interdisciplina: posibilidades y límites”. Interdisciplina I, núm. 1. Año 2013 Pág. 111-130.

Follari, Roberto. “Modernidad y posmodernidad: una óptica desde América Latina”. Editorial Aique-Rei-IDEAS. Buenos Aires. Año 1990.

Guber, Rosana. “El Salvaje Metropolitano”. Editorial Legasa. Buenos Aires. Año 1992.

Guerra Manzo Enrique. “Las teorías sociológicas de Pierre Bourdieu y Norbert Elías: los conceptos de campo social y habitus”. Estudios Sociológicos. Vol. XXVIII, núm. 83, mayo-agosto, 2010. El Colegio de México.

Ibáñez, T. “Ideologías de la vida cotidiana”. Editorial Sendai. España. Año 1988.

Ibáñez, T. “Aproximaciones a la Psicología Social”. Editorial Sendai. España. Año 1990.

Jodelet, D. “La representación social: fenómenos, conceptos y teorías”. En: Mora, M. La teoría de las representaciones sociales de Moscovici. México. Año 2002.

Jodelet, D. “La Representación Social: Fenómenos, Concepto y Teoría” en Moscovici, S. “Psicología Social II. Pensamiento y Vida Social, Psicología social y Problemas Sociales”. Editorial Paidós, Barcelona. Año 1986.

Kisnerman, Natalio. “Pensar el Trabajo Social”. Editorial Humanitas. Buenos Aires. Año 1998. Pág. 160- 163.

Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza. Plan Provincial de Adicciones. Centro de Capacitación Permanente en Adicciones. Cuadernillo CCP 2012.

Montaño, Carlos. “Cuestión social y Tercer Sector”. Editorial Cortez. Brasil. Año 1998.

Montaño, Carlos y otros. “Servicio Social Crítico: Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional”. Editorial Cortez. Brasil. Año 2005.

Mora, Martin. “La teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici”. En Athenea Digital, N° 2. Año 2002. Pág. 11.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en Ginebra. Folleto Informativo sobre Derechos Humanos N° 31. “El Derecho a la Salud”.

Organización Mundial de la Salud (OMS). www.who.int/es/

Packman Marcelo. “Introducción”, en Morín E. Introducción al pensamiento complejo. Ed. Gedisa. Barcelona. Pág. 9-19.

Parisi, Alberto. “Paradigmas teóricos e intervención profesional”. Editorial Mimeo. Departamento de Investigación de la Escuela de Trabajo Social de la UNC. Córdoba. Año 1993.

Pereyra, Potyara. “Cuestión Social, Servicio Social y Derechos de Ciudadanía”. Editorial Cortez. Año 2005.

Pons Diez, Xavier. “Modelos interpretativos del consumo de drogas”. Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial, Vol. 4 Núm. 2. Universidad Autónoma Metropolitana- Iztapalapa. Año: 2008. Pág. 157-186.

Roldan Intxusta, G. “El cuidado en los equipos y los profesionales de la Atención”. Revista Española De Drogodependencias Vol. 3. Año 2008.

Rozas, Margarita. “Una perspectiva teórico- metodológica de la intervención en trabajo social”. Buenos Aires. Editorial Espacio. Año 1998.

Rozas Margarita. “La Intervención Profesional en relación con la Cuestión Social”. Buenos Aires. Editorial Espacio. Año 2001. Pág. 256-259.

Salazar, Laura. “La intervención interpelada”. En Cazzaniga, Susana (Coord.) Intervención profesional: legitimidades en debate. Buenos Aires. Editorial Espacio. Año 2006. Pág. 271-276.

Sileoni, Alberto. “Prevención del consumo problemático de drogas desde el lugar del adulto en la comunidad educativa”. Ministerio de Educación de la Nación. Año 2012.

Touzé, Graciela (Comp.), “Visiones y actores del debate”: III y IV Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas, en: La droga como gesto en juventudes desencajadas, Experiencias en el Cono Sur. Año 2008. Pág. 164- 165.

Touzé Graciela. “Saberes y prácticas sobre drogas”. El caso de la pasta base de cocaína, en: Parte I Discursos, políticas y prácticas. Pág. 21- 22.

Anexos

Entrevista

Institución:

Departamento:

1. ¿Qué es el consumo problemático?
2. ¿Qué situaciones incluye en el consumo problemático?
3. ¿Qué factores crees que influyen en el consumo problemático?
4. ¿Se te ha presentado alguna situación de consumo problemático?
Si -¿Qué hiciste al respecto?
 - ¿Consideras que el trabajo realizado fue interdisciplinario?

No - ¿Qué harías cómo profesional?

- ¿Eso qué harías, serías interdisciplinario? ¿Por qué?
5. ¿Qué se debe hacer según lo que marca la institución frente a una situación de consumo problemático?
 6. Después del paso por la institución y del abordaje realizado, ¿Crees que los sujetos logran acceder a un tratamiento frente a su consumo problemático?
 7. ¿Qué es el Derecho a la salud? ¿Qué abarca el Derecho a la salud?

Entrevista 1

Institución: Centro Preventivo y Asistencial en Adicciones
Departamento: Luján de Cuyo

1. ¿Qué es el consumo problemático?

Cuando la idea de consumir, más allá de lo que sea, te atrapa más y no puedes vivir sin eso, es decir, el sentido de tu vida o la dirección de tu vida tiene que ver con el consumir. Es el decir “yo vivo para”, “yo trabajo para conseguir plata y comprarme cocaína”; vuelvo a repetir, cuando el sentido de tu vida tiene que ver con el consumo,

aunque sea el trabajo que es algo saludable, pero cuando este trabajo pasa a ser la dirección de tu vida es un consumo problemático, yendo más allá de lo que son las sustancias psicoactivas, porque creo que estamos en una sociedad consumista y que nos está atrapando más aun con cosas saludables.

2. ¿Qué situaciones incluye en el consumo problemático?

Más allá de las sustancias, incluyo trabajo, internet, sexo, juego, compras y también lo que estamos viendo ahora es el tema del consumo por la imagen corporal que incluye el gimnasio, cirugías, exceso de dietas, entre otras.

3. ¿Qué factores crees que influyen en el consumo problemático?

Yo creo que son varios, el tema de la familia, el tema de la formación y que tiene que ver un poco familia y un poco entorno de la primera etapa de la vida, la sociedad, el consumo actual con el mundo como esta “globalizado”. Consumimos absolutamente todas las personas, en muchos, pasa a ser problemático, y en otros no, pero estamos en una sociedad de consumo. Después tenemos como factores más individuales como la autoestima, vulnerabilidad, inseguridades. En fin creo que no hay un solo factor, sino que son varios.

4. ¿Se te ha presentado alguna situación de consumo problemático?

Sí.

• ¿Qué hiciste al respecto?

Creo que la idea es poder sostenerla desde el lugar que se presenta, en el sentido de que si viene un chico y dice “yo vengo porque mi mamá me rompe las pelotas para que yo venga” pero vemos que no tiene motivación, hay que tomarlo desde ese lugar como una persona que puede o no tener un consumo problemático pero de igual manera se lo toma “charlemoslo, veamos que pasa que tu mama te molesta con este tema”, es decir, motivarlo desde algún lugar con lo que la persona trae.

Otra situación sería: “vengo porque me mandan desde el juzgado, pero yo hace un año que no consumo”, entonces tenemos una situación resuelta porque ya no consume, pero en realidad lo que hacemos es ver que se puede hacer con esa situación, tal vez se puede realizar un socioeducativo, veamos que paso cuando consumió, como dejo de consumir, ¿esto le sirvió en algún momento de la vida? entre otras cosas, es decir, motivar esto y trabajarlo como herramienta y después que se vaya si en verdad no era un problema pero no esto de decir : “bueno no tiene un problema entonces chau”.

Sería partir de lo que el sujeto trae y de ahí pensar en las estrategias, lo que esto institucionalmente nos trae problemas porque uno de los criterios de exclusión es si es un experimentador, pero a eso yo no lo puedo determinar en una entrevista. Por eso una de mis estrategias es mantenerlos en un psicoeducativo para sostenerlo en la institución y ver si es un consumo problemático o no. Hay situaciones que son muy claras y que no

corresponden al CPAA pero de igual manera hay que trabajar con lo que trae la persona, no se sabe si es paciente o no pero la idea es poder trabajar un poco con eso.

- ¿Consideras que el trabajo realizado fue interdisciplinario? ¿Por qué?

Si, por la diferencia de miradas, es decir, yo voy a buscar el tema de la motivación por ejemplo, la médica va a ver que le puede estar haciendo daño si consume, ella descarta o verifica algunas cosas y la mirada social por ejemplo ver si se incluye en algún taller, en un área deportiva o que vuelva a la escuela, entre otros. Y eso te da mucha tranquilidad para trabajar porque es decir “yo me ocupo de lo mío”. Por ejemplo el tema de que no tenemos psiquiatra a nosotros se nos complica porque el tener que pensar desde lo psicológico cómo lo mandas a otra institución sin que piense que lo estas echando donde está, que estoy tan loco que me mandan a otro lado o desde lo social ver cómo llega por ejemplo, es realmente un tema del que nos tenemos que ocupar y del que no nos deberíamos ocupar, es un extra que tenemos, más allá de conseguir un turno para el psiquiatra es lo que conlleva la situación. Lo que se haría mucho más complejo si faltara algún otro profesional del equipo de trabajo. Por lo que me parece que individual, es decir en consultorio particular, no se podría trabajar adicciones o si se puede pero no es realmente efectivo.

5. ¿Qué se debe hacer según lo que marca la institución frente a una situación de consumo problemático?

Se hace orientación o admisión, de acuerdo a si viene algún familiar. Si viene algún familiar se lo orienta para que la persona con el problema llegue, o la admisión que si o si es interdisciplinaria y a partir de allí evaluar en que dispositivo podría estar, ya sea terapia individual, terapia grupal, grupos de motivación, abordaje social, abordaje psiquiátrico que termina siendo siempre una complicación, grupos, psicoeducativos o en otro caso se evalúa en equipo y si no es un problema, derivación o lo que corresponda, por algo una familia está llevando a un chico que no tiene un problema.

En caso de que venga una persona intoxicada sola se le da aviso a la policía depende la situación, y si viene acompañada se establece el contacto con el hospital y se pide que lo lleven al hospital.

6. Después del paso por la institución y del abordaje realizado, ¿crees que los sujetos logran acceder a un tratamiento frente a su consumo problemático?

Al tratamiento si acceden lo que no podemos saber es si lo sostienen, esta situación un poco es por la problemática, esto de ¿para qué voy a ir si sigo en la misma? Creo que esto es una idea cultural pero es específicamente de la problemática.

Creo que lo que me están queriendo preguntar sutilmente es si se pierden los pacientes, y yo creo que los pacientes se pierden mayormente cuando esta abordada por dos instituciones y retomo el tema del psiquiatra. Mi sensación y las veces que me ha pasado esta situación en la que el paciente esta abordado por dos instituciones, creo que sí el paciente se pierde porque al final siente que no está ni acá ni allá, entonces muchas veces optamos porque lo sostengan por ejemplo en Godoy Cruz con el psiquiatra. De igual manera sí tenemos pacientes que lo sostienen porque van una vez al mes al psiquiatra y hacen el tratamiento semanal acá en Luján, pero por ejemplo tenemos gente de Potrerillos

que hacerlos ir hasta Godoy Cruz es una complicación, entonces hacemos un seguimiento muy fino para que haya adherencia y sostengan el tratamiento pero imagínense que el chorizo que tiene que hacer esa persona para que llegue de un lugar a otro y después pensar en volver y que después no lleguen al colectivo, eso me parece atroz.

Va mas allá del recurso humano disponible, nosotros que tenemos gente de zonas muy alejadas como Potrerillos, Ugarteche, Carrizal, tenemos en cuenta los horarios y vamos amoldando los horarios de los talleres según sus horarios de transporte. Estas cosas son las que no se si en todos los lugares de tratamiento se tienen en cuenta.

Los factores que creo que influyen en que el sujeto continúe o no en tratamiento es sobre todo la violencia institucional, la problemática en sí misma, establecer alianzas terapéuticas, hemos visto que pacientes a lo mejor dos años dejaron y después vuelven o que no hay una continuidad y nos lleva a plantearnos si le hacemos una readmisión porque el protocolo dice que después de tres meses hay que hacer una readmisión pero después vuelve a dejar, entonces esos son factores.

Otro factor es el tema laboral porque no es una problemática que se diga a nivel laboral porque influye, entonces no lo dicen, consiguen un trabajo y dejan de venir. Esto es algo que todavía no logramos ver cómo trabajarlo porque algo que es bueno, un avance el tema laboral termina perjudicando porque por los horarios de trabajo no pueden venir. Pero creo que por la demanda que hay en Luján no se justificaría tener más horarios.

7. ¿Qué es el derecho a la salud? ¿Qué abarca el derecho a la salud?

La posibilidad de que toda persona tenga atención, creo que en la actualidad no hay una atención concreta y real. Yo no sé actualmente como se están manejando los centros de salud pero eso de que la gente sobre todo en Ugarteche se tiene que ir a las cuatro de la mañana a conseguir un turno, me parece que es un maltrato a las personas terrible, pero también el hecho de que una mamá llame al 911 porque su hijo esta intoxicado y le respondan que no tienen móvil o que no les corresponde y desde la institución tener que decirles a esos padres que tienen que decir: en la ley, en su artículo 20 dice que usted tiene que venir a buscarlo y llevarlo, es decir, hasta que no decís “la ley dice” solo encontrás obstáculos como por ejemplo les dicen: “intoxicados no recibimos o en el Central estamos sobrepasados, en el Lagomaggiore te dicen que los intoxicados los tenés que llevar al Pereyra, etc.”. Entonces si no hay una persona que diga “la ley dice” no se hace nada y eso es lo que no puedo entender del sistema.

Hay instituciones que están para dar respuestas y yo soy parte de esas instituciones y hay veces que no logro dar respuestas ni para el paciente ni para mí porque es una batalla constante con el sistema para poder tener respuestas. Entonces el derecho a la salud donde queda, sí, es el poder lograr accesibilidad pero en la realidad no se logra esa accesibilidad como corresponde por estos mismos ejemplos que les daba, llamas a la 5 de la mañana por un caso de intoxicación y nadie responde, esto de estar tirado no sé cuántas horas para conseguir un turno, entre otras, son todas vulneraciones de derecho que no tienen que suceder. El derecho esta pero no se cumple, están los medios pero las cosas no están bien hechas, todos los CPAA deberían tener un psiquiatra nosotros hace 5 años que no tenemos uno y para mi es una imposibilidad que no tengamos un psiquiatra.

Entrevista 2

Institución: Centro Preventivo Asistencial de Adicciones
Departamento: Luján de Cuyo

1. ¿Qué es el consumo problemático?

El consumo problemático es el consumo que tiene una persona que le está trayendo problemas tanto en su salud como en su vida de relación con el otro, en todos los ámbitos: laboral, familiar, etc.

Me refiero a todo tipo de consumo, porque no todo consumo es de sustancias sino que vos vivís en una sociedad de consumo, vivís consumiendo: alimentos, azúcares, consumís grasa, compras, etc.

2. ¿Qué situaciones incluye en el consumo problemático?

Incluyo todo tipo de consumo no solo el de sustancias psicoactivas como ya lo había dicho, sino también otros tipos de consumo como ser el trabajo, el juego, entre otras. Serían todas aquellas situaciones en las que vos estás expuesto y que te generen una dependencia psicológica o física y que en algún punto haga que en forma reiterada vayas y consumas eso y que en lugar de estar haciendo otra cosa estés pensando que podrías estar consumiendo, ya eso te está generando un problema a vos porque no haces lo que tendrías que estar haciendo porque estás pensando en otra cosa.

3. ¿Qué factores crees que influyen en el consumo problemático?

Básicamente familiares, más allá de los personales, a veces hay cosas que si vos no tenes algunos factores predisponentes o lo que nosotros llamamos factores protectores, a veces el chico por más de que todos nacen con los mismos factores donde algunos los desarrollan y otros no, y eso depende de la familia desarrollarlos o no desarrollarlos, entonces no solamente estamos hablando de hábitos, valores sino que mientras no esté el respeto hacia el otro y el amor hacia el otro, la contención que es primordial y primaria, entonces si falla la familia, el chico tiene que buscar afuera, y el afuera no necesariamente se condice con lo que estás trayendo de tu familia, escuela, iglesia, vecino, etc., agregando que está en una sociedad de consumo que tenes que tener todo listo aquí y ahora porque sino enseguida es tarde, hace que vos adoptes cosas para seguir el ritmo y estar inserto y que no te dejen de lado y por pertenecer a esta sociedad o a este grupo obviamente tenés que apelar a ciertas cosas que no debieras.

A esto se le suma la economía que juega también un papel importante dentro de la sociedad, en lo familiar como también en lo personal, partiendo de la base de que los padres no son tolerantes o no están, son padres ausentes y por estar ausentes calman su conciencia dándoles dinero, generando hábitos higiénicos dietéticos no tan sanos, y entre otras cosas como medicarlos desde chiquitos porque son hiperquinéticos o por déficit atencional entre otros, que genera adicciones a sustancias.

4. ¿Se te ha presentado alguna situación de consumo problemático?

Sí, desde 1989.

• ¿Qué hiciste al respecto?

Primero escucho a la persona que viene y según eso se hace el despistaje para ver qué tipo de dispositivo se le ofrece dentro del CPAA, porque a lo mejor la persona que viene no es la que consume sino que puede venir un familiar o un amigo y lo que necesitan es una orientación, entonces se les da un turno de orientación y en el caso de que haya alguno disponible se le da la orientación en el momento.

Si vemos que es un potencial paciente que consume, que tiene algún tipo de consumo, se le hace el despistaje y no es un usuario porque no tiene algún tipo de problema, directamente se lo deriva a un psicólogo en un centro de salud, es decir, antes de la derivación se hace si o si una entrevista de despistaje, si nosotros vemos que realmente tiene un consumo, se evalúa con los criterios de admisión que tiene el CPAA porque para que se admita tiene que ser un abusador en el caso de las sustancias, o que ya haya una dependencia porque mientras no sea un problema se puede hacer un seguimiento dentro de la parte psicológica en un centro de salud, no necesita que sea nadie específico pero si el paciente vemos que tiene un consumo que presenta un problema ese consumo que está teniendo, que a él le esté generando un problema o a la persona que está a su alrededor, ahí si es para el CPAA, porque en realidad todos los pacientes que van al CPAA, para ellos no es un problema el consumo, sino que se problematiza en el mismo tratamiento, y después bueno se le dan los turnos de admisión, si vemos que tiene o reconoce que tiene un problema y reconoce que no puede dejarlo solo, directamente entra en el dispositivo de asistencia que es terapia individual psicológica o grupal, depende el perfil del paciente. Si vemos que tiene un consumo pero que no lo está problematizando lo mantenemos en el dispositivo de admisión prolongada antes de ingresarlo al tratamiento propiamente dicho por una cuestión de adherencia al tratamiento. En esa admisión prolongada se hace la parte motivacional y recién ahí pasa al dispositivo de tratamiento.

- ¿Consideras que el trabajo realizado fue interdisciplinario? ¿Por qué?

Si es interdisciplinario, porque se realiza desde las disciplinas, lo transdisciplinario e interdisciplinario, de las tres formas, es algo que lo hemos ido construyendo entre todos y con el tiempo, donde cada uno se va conociendo, va conociendo al otro, su modalidad de trabajo, como piensa, como relacionaría, como respondería frente a lo que se le está preguntando o frente al problema que está teniendo y bueno tratamos de pensar en forma unísona el problema del paciente.

Nunca trabaje situaciones de consumo problemático solo desde mi profesión y no lo haría ahora, no porque en algún punto fuera del CPAA yo lo he hecho y he tenido que ser yo misma psicóloga, trabajadora social y clínica, porque no había nadie más y estaba sola pero es la única manera que uno puede ayudar porque si vos no pensás en función del paciente y vos vas pensando en función de cada disciplina no logras nada, entonces perdes tiempo, te agota lejos de enriquecerte y al paciente no le sirve porque sino todas trabajan cada una lo que le parece y la pobre persona que ya viene desestructurada se termina de desestructurar mucho más, entonces no sirve de otra manera. Ahora por ejemplo lo que nos está faltando es el psiquiatra y va a seguir faltando y mientras antes lo sumemos antes vamos a poder ser felices.

5. ¿Qué se debe hacer según lo que marca la institución frente a una situación de consumo problemático?

Lo dije anteriormente, en realidad hacemos lo que marca la institución por una cuestión de orden, tratamos de hacer lo institucional y cumplirlo a raja tabla para evitar precisamente que anden deambulando de institución en institución.

6. Después del paso por la institución y del abordaje realizado, ¿crees que los sujetos logran acceder a un tratamiento frente a su consumo problemático?

Sí, el problema es que sostengan el tratamiento en el tiempo, precisamente por eso se drogan porque tiene una baja tolerancia a la frustración, es decir, quiere las cosas ya, toman el tratamiento y quieren curarse ya, cuando en realidad tienen un consumo de 5, 10 años. También depende de la sustancia de que se trate, entonces bueno cuando logran entender que nada es mágico y que básicamente el 99% del trabajo es de ellos en ese caso hay adherencia al tratamiento pero si no, abandonan el tratamiento. Pero siempre la institución da el pié para iniciar el tratamiento por eso se dan admisiones prolongadas con entrevistas motivacionales como para que el chico pueda hacer el proceso necesario para acceder al tratamiento.

7. ¿Qué es el derecho a la salud? ¿Qué abarca el derecho a la salud?

Todo, toda aquella persona que necesita tiene derecho a ser atendido, no importa la edad, no importa la clase social al menos la primera asistencia se la tenes que dar a todos, no importa si después lo derivas pero todos tienen el mismo derecho así sea un hospital público o la parte privada. En la guardia debieran atender y prestar los servicios para el derecho a la salud de todos, todos tienen el mismo derecho, debiera cumplirse y si hubieran más juicios por mala praxis o por abandono de persona te puedo asegurar de que se aseguraría el derecho a la salud, por lo menos el de la primera asistencia porque a veces porque no tenés obra social no te atienden pero en verdad la primera asistencia se la tenés que dar sea la parte privada o la parte estatal, la guardia no se puede negar a atender sea menor o sea mayor de igual manera.

Hay en algunos lugares que no reciben chicos intoxicados primero porque no es fácil y porque no hay en la carrera una materia que te diga cómo trabajar con adictos o con chicos intoxicados, en la residencia trabajas con otro tipo de cosas pero nunca trabajas con intoxicación por droga porque la residencia esta en el piso, la residencia de psiquiatría es de enfermedades psiquiátricas y emergencias psiquiátricas no de adicciones y la U.I.C también son crisis y emergencias psiquiátricas, brotes de chicos con trastornos de conducta o epilepsia, esquizofrénicos y en el Notti uno ve chicos niños de 8 o 9 años intoxicados por alcohol, entonces, no hay gente que tenga entrenamiento para eso, no reciben entrenamiento para esto en la universidad. Los médicos deberían saber cómo tratar o cómo abordar, más allá que después los manden a los especialistas, pero el contacto inicial se debería saber hacer.

Entrevista 3

Institución: Centro Preventivo Asistencial de Adicciones
Departamento: Luján de Cuyo

1. ¿Qué es el consumo problemático?

Como dice la Ley es todo aquel consumo que genere un problema para sí o para terceros que le impida desarrollar su trabajo, que le impida tener una buena relación

familiar o que afecte alguna de las áreas vitales del sujeto, aunque sea una de las áreas que afecte, para mí ya es un consumo problemático.

2. ¿Qué situaciones incluye en el consumo problemático?

Los abusos recurrentes del alcohol por ejemplo, los consumos rutinarios que serían a la mañana, tarde y noche o consumo a determinado horario, o después de, o que tengan más claro el ¿para qué? que el ¿Por qué? Ese es el cambio que también se está viendo en el que está más claro el para que consumen del porque consumen, es decir, ya no consumen solamente porque les gusta sino que consumen porque les gusta y para salir “de” y entrar “en”. Y una de las cosas que me parecen importantes del concepto de consumo problemático es que incorpora la idea de inclusión aún siendo un espacio de exclusión el grupo de consumo, que antes era condición excluyente, entonces ahora el grupo con el que se consume no son solo las malas juntas. Estamos intentando sacar este maldito concepto de malas juntas, porque son malas juntas para quién y en función de quién, se incorpora la perspectiva del otro, lo que en adicciones antes no se hacía porque desde el mismo punto de vista de salud se castigaba, el modelo asistencialista por ejemplo es un modelo de castigo, y si vos le quitas la sustancia a alguien, que la sustancia es lo único que le produce placer, entonces le estas quitando todo en la vida.

Me parece que este concepto lo que te permite es trabajar de a poco comprometiendo al otro, co-construyendo con el otro y apreciando saberes algo que tanto cuesta en Trabajo Social que no se entiende, se cree que el otro nunca tiene saberes.

Desde la profesión cuando incorporas el concepto de consumo problemático, ves la lectura social de las adicciones, y la lectura social de las adicciones es muy clara: adicciones es drogas, narcotráfico y delito por lo que como representación social yo creo que nos va a llevar 30 años desdibujar esta cuestión y cuando lo logremos ya van haber cosas muy diferentes de las que hay hoy en día, y ya vamos a tener otra visión, otra forma de entender la problemática. Pero hoy en día creo que se busca suavizar la cosa porque adicción incluso es una palabra que para esto estaría mal utilizada porque el que consume sustancias no es alguien que no dice algo sino que dice mucho, osea dice “me gusta la cocaína y si a mí me dicen por 8 pesos que la cocaína me adelgaza y además eso me va a ayudar a que yo rinda mas en el trabajo, díganme donde la compro”. Osea no me importa el daño colateral a mí me interesa hoy en día ser linda exitosa y rendir en mi trabajo porque es lo que la sociedad consumista me está demandando y si eso se encuentra en una sustancia entonces no es lo “no dicho” sino que “dice y mucho”.

Entonces me parece que la palabra adicción, su etimología ya es algo que no es lo que nosotros creemos, sino que es una persona que tiene un consumo problemático que implica la dependencia y el síndrome de abstinencia y que tiene un alto grado de tolerancia a la sustancia o las sustancias y que eso le genera dificultades en todos sus aspectos de sus áreas vitales incluso lo que tiene que ver con lo biológico, digo, es mucho más amplio que lo que significaba hace 5 o 6 años atrás la palabra adicciones. Hoy en día la palabra adicciones está tomada para alguien a quien vos tenes que internar, osea es un término que se utiliza en el común de la gente y mal utilizado.

3. ¿Qué factores crees que influyen en el consumo problemático?

Todos: la familia, la sociedad, la economía, la cultura, los individuales. Creo que el modelo de consumo sobre todo que incita a que vos consumas lo que sea, el tema es consumir no importa que. El tema es cuando se satura el objeto, y es cuando descubro que el objeto no me da más nada, se saturó y esto tiene que ver con un modelo consumista.

4. ¿Se te ha presentado alguna situación de consumo problemático?

Sí.

• ¿Qué hiciste al respecto?

En la institución tenes un método de trabajo, que implica la admisión, la orientación y todos los dispositivos de atención. Si vos lo ves fuera de tu espacio de trabajo, podés en ese caso acercarte, podés llegar a preguntar que está consumiendo o podés no acercarte.

• ¿Consideras que el trabajo realizado fue interdisciplinario? ¿Por qué?

Si es interdisciplinario, yo no puedo trabajar sin equipo, yo aprendí a trabajar en equipo interdisciplinario, para mí el no tener al psicólogo, al médico o al psiquiatra me faltan unas materias para rendir. Esto implica poder tener una visión mucho más amplia del objeto de estudio, de intervención. Yo lo llamo en la praxis objeto de intervención, incluso dentro de la interdisciplina y si se puede ir constituyendo paulatinamente en un objeto de estudio. Hoy en mi trabajo no me siento segura sino tengo la visión de las otras profesiones, no puedo quedarme solo en lo social porque yo no tengo los componentes teóricos como para definir otras cosas y porque te ayuda a ver otras cosas que no ves, pero este proceso solo se adquiere cuando uno trabaja en equipo.

5. ¿Qué se debe hacer según lo que marca la institución frente a una situación de consumo problemático?

Depende de quien lo traiga al paciente y como llegue ese consumo problemático a la institución, porque pensando en la representación social, es un consumo problemático para una mamá que ha visto a su hijo experimentar con otro con un faso y te lo trae, por lo que ingresa con 15 16 años a un centro de adicciones que tiene un cartel inmenso, donde el pibe cae con su primer cartelito de “yo el adicto” cuando en realidad estuvo a la salida de la escuela fumando un faso con el grupo de amigos y lo único que hizo fue probar una seca y a lo mejor no le pintó. Y esa situación para mí no es consumo problemático pero a las instituciones como consumo problemático llega esto también, llegan desde el experimentador hasta el irreversible en alcoholismo, o sea pasando por todas las gamas que vos quieras en cuanto a sustancia. El cambio del concepto en el paradigma no implica todavía un cambio en la construcción social de quien es el sujeto consumidor de drogas. Entonces es como que no hay un límite, a vos te van a seguir trayendo chicos de 15 años, la mamá va a seguir desesperada porque hay muchos discursos circulando, es una etapa de mucha crisis.

6. Después del paso por la institución y del abordaje realizado, ¿crees que los sujetos logran acceder a un tratamiento frente a su consumo problemático?

Eso depende de cuánto cada uno problematice, de cuales sean los objetivos por los cuales va, depende de las circunstancias en las que llega. Algunos llegan mandados por la justicia y funciona, otros llegan por la justicia y pasan como una cuestión expulsiva. Otros llegan al sistema por demanda espontánea y salen expulsados del mismo sistema porque se auto-expulsan.

Yo tengo la hipótesis de que los sujetos entran en alguna parte del sistema y difícilmente se quedan porque salen expulsados y no se sabe dónde y me parece que como centro de adicciones teniendo en cuenta su historia de que nacimos en Las Heras en el año 2008 siendo el segundo centro de adicciones de la provincia y a partir de ahí se abrieron los otros 10 centros en 4 años, en todo ese proceso de tiempo el primer y segundo año en el que éramos 4 los que funcionábamos más fuerte que eran el Tejada Gómez, Godoy Cruz, Las Heras, y San Martín, hicimos una representación de cómo sentíamos nosotros que entraban o que llegaban los sujetos a las instituciones y eran realmente “sujetos”, caían en lo que nosotros llamábamos inodoro, y en ese inodoro recibíamos toda la porquería social que nadie sabía dónde meterlo, entonces te lo mandaba por un faso, por una esquizofrenia, por el consumo de marihuana o por una depresión por la cocaína, etc. Pero llegaban desde el extremo más peligroso hasta el que menos consumía y eso estaba atravesado por las instituciones de la escuela, el poder judicial, entre otros. El poder judicial hasta hace 4 años atrás, en el fallo de la suprema corte de justicia del 2009/2010, recién ahí dejaron de depositar en cierta medida la justicia a las personas que tenían cualquier tipo de consumo en las instituciones de los centros de adicciones y creo que en este momento la justicia está como sin patas, porque la Ley le prohíbe que siga depositando, es decir derivá pero con criterios, o en todo caso consultá, hacé un encuentro previo, orientate, educate, comprometete con la situación, averiguá que es lo que se hace y después derivá si hace falta o no hace falta, en fin hoy en día creo que la justicia no expulsa de esa forma a los sujetos a los centros de adicciones por una cuestión de que no tiene cómo, no tiene respuestas porque no hay recurso humano y los que tienen la respuesta derivan cualquier cosa.

Desde mi experiencia depende de cómo y de quien venga la derivación o como llega a la institución es si se mantiene o no en tratamiento.

7. ¿Qué es el derecho a la salud? ¿Qué abarca el derecho a la salud?

Para mí el derecho a la salud es que todas las personas sin distinción de nada tengan derecho a una salud digna, que tengan derecho al acceso a la salud digno, y que tengan prestaciones de salud dignas, adecuadas a cada sistema social en el que vivan. Yo desde el trabajo social, y esto sí es una opinión personal, no entiendo las postas sanitarias que trabajan con instituciones que no tienen espacios físicos adecuados y que contenga y que acoja como corresponde, que aloje en todo caso al sujeto que viene a buscar una solución a su problema de salud, porque ya trae un problema, sumado a que ir a una posta sanitaria trae muchos problemas más complejos que el que viene de un centro de salud de la ciudad y encima tiene un problema de salud. Entonces este sujeto se encuentra en una posta sanitaria con problemas, él con su problema de salud, una secretaria que le pega el grito, la enfermera le clava la jeringa, un médico que da 50 turnos y te termina atendiendo en 15 minutos, entonces el sujeto se va con miles de preguntas y ninguna respuesta. Y en cuanto al acceso en salud mental, yo creo que una de las cosas para mí en este momento en el gobierno actual una de las deudas más grandes es con salud mental, por que como toda ley

nueva que se aplica y se reglamenta no hay estructura que soporte la reglamentación y la aplicación de la ley.

Estamos en una realidad de que las instituciones de salud no damos a vasto y va a llegar un momento en que ya no va haber lugar para nadie. Si bien Lujan tiene la suerte de que se mantiene y que no tenemos la problemática que en otros lugares, de igual manera está colapsado, al igual que todos los centros de adicciones y los centros de salud mental de igual manera. El hecho de no contar todavía con psiquiatra complejiza aún más la situación, hay un solo psiquiatra para todo el departamento de Luján en salud pública, eso ya complejiza el cumplir con el derecho a la salud.

Entrevista 4

Institución: Centro Preventivo Asistencial en Adicciones
Departamento: Las Heras

1. ¿Qué es el consumo problemático?

Es todo consumo que en la medida en que afecte o empiece a afectar ciertas funciones que se consideran apropiadas a una edad determinada de alguien empieza a generar un problema. Por ejemplo, siempre es sencillo determinar cuándo un problema es un problema en un adulto, cuando un consumo es problemático en un adulto por ejemplo cuando ese consumo lo lleva a generar dificultades de vínculo, laborales, educativas, económicas, es decir, es problemático cuando el consumo coarta, dificulta la posibilidad de verse con los demás o cuando genera o empieza a generar un daño a sí mismo en relación a su cuerpo, a su organismo.

Nosotros partimos de la base de que consumidores somos todos, pero problemático es cuando hay algunos parámetros que te determinan que la cosa no está yendo bien.

2. ¿Qué situaciones incluye en el consumo problemático?

En realidad nosotros no nos enfocamos en qué es lo problemático, a ver, problemático puede ser cualquier cosa, como el consumo de internet problemático, puede ser el consumo de compras problemático o el consumo de cocaína problemático. Seguramente cada objeto tiene una implicancia distinta en quien consume y en la familia de quien consume, como también en la sociedad. Seguramente hay distinciones, pero nosotros tenemos una visión de que no importa la cosa en sí sino la función de eso que se consume, el para qué, el porqué, qué se juega en ese sujeto que consume lo que consume o para que lo hace y en eso nos enfocamos desde el psicoanálisis.

Entonces para darte un ejemplo hay alguien que puede decirme “me pelié con mi novia, consumo cocaína”, en función de algo que tiene que ver con sus afectos, sus vínculos o con algo que no puede soportar, de algo que se rompe con una relación, entonces pone ahí algo que dice que lo tranquiliza o no, que dice que lo ayuda o no, o que lo tira a dormir porque obviamente el consumo problemático tiene que ver también con lo farmacológico.

Incluyo entonces en lo problemático todo consumo en cuanto a que no importa la cosa en sí sino aquello a partir de lo cual ya genera algo que pueda entorpecer a la salud, eso puede ser un parámetro, el algo que pueda afectar la salud.

Nosotros con los padres trabajamos mucho con todo lo que es consumo, pero no de drogas, hablamos del consumo en general, de lo que se consume en la casa. Se consume internet, directv, cosas que tienen que ver con el consumo de la sociedad actual. Entonces de ese contexto, de ese marco, nosotros no nos despegamos ni de la mirada de lo social, ni de lo político, económico, cultural, histórico que nos atraviesa, siempre nos atenemos a eso.

3. ¿Qué factores crees que influyen en el consumo problemático?

Esto es muy largo de decir, yo te digo más o menos que pienso yo, que es lo que me interesa a mí.

Los factores siempre van a tener que ver con el aquí y ahora de una época, a partir de la posmodernidad, teniendo en cuenta a Lyotard en “la Caída de los grandes relatos”, que dice que básicamente todos los valores que suponía que hacían a la subjetividad de alguien en la sociedad, todos esos valores que hacían un anclaje que te permitían a vos proyectarte,

todo eso se cayó, todo eso se rompe, se cae, entonces a partir de ese momento, a partir del momento en que se cae, entonces todo eso repercute como factor que hace que vos dentro de otras cosas busques soluciones actuales, en un placer en un aquí y ahora. Por eso si hay algo que tiene la sociedad actual es que todo se proyecta ahora y eso es muy característico de las sustancias que producen placer en el aquí y ahora, después vas a necesitar otras dosis.

Por eso te digo que el factor sería el contextual que abarca todo, que las condiciones se den para que vos no necesites más que ir y comprar para que la pases bien ahora, sin más, vos ya logras algo ahí y se perdió eso que a vos te hacía suponer que me puedo divertir a veces, yo puedo salir a veces, pero tengo que trabajar porque tengo que poner la plata para la casa, porque tengo que ahorrar, entonces esto que te hacía suponer que había una construcción paulatina, de a poquito, pero que me llevaba a un lugar que se suponía que iba a ser mejor; todo eso se termina desmoronando. En la época actual todos tenemos una gran incógnita a todo lo que nos podía suponer estabilidad, porque estamos constantemente en un juego donde las reglas cambian constantemente, donde no se puede proyectar mucho, menos con el tema de la estabilidad económica, todo hace suponer que las cosas no se juegan a un nivel de un proyecto de vida que a vos te haga mantener tu estabilidad, entonces la función de las droga hace de las veces de que vos te la remedies consumiendo, y eso es vivir, y eso le interesa a alguien que vende, y no sólo el que te vende droga sino también el que te vende televisores, el que te vende todos los productos que te hacen suponer que vas a ser feliz, y bueno ese es el mercado.

4. ¿Se te ha presentado alguna situación de consumo problemático?

Sí, nos llegan todo el tiempo.

• ¿Qué hiciste al respecto?

Primero se le da un turno de admisión, que nosotros estamos dando turnos de a dos meses por la cantidad de gente que hay, salvo que hayan turnos desde el Hospital Pereyra donde hay otro día a parte para atender las derivaciones del Hospital, en realidad de todos los Hospitales, pero trabajamos mucho con el Pereyra, entonces tenemos dos días de admisión, los jueves y los martes.

Entonces tenemos la entrevista de admisión la cual es siempre interdisciplinaria, donde los profesionales trabajamos interdisciplinariamente siempre, tanto durante la entrevista, anterior y posterior a la entrevista, es decir en todo el proceso esperable, para que todo aquel que venga acá encuentre una prestación ya sea de Trabajo Social, Psiquiatría, o Psicología.

• ¿Consideras que el trabajo realizado fue interdisciplinario?

Sí, como te dije, siempre trabajamos en interdisciplina. La interdisciplina se basa en que siempre se lo ve al paciente desde distintas miradas disciplinarias, cada disciplina tiene su parecer, entonces cada disciplina conoce la complejidad del ser humano, entonces vos necesitas que haya distintas disciplinas dando su mirada. El trabajo social tiene una mirada determinada donde apunta a un conocimiento, apunta al conocimiento de la sociedad, de la familia, de los vínculos, de los contextos, de las redes, y demás, la psicología hace su parte, y la psiquiatría su parte. Entonces se tiende a una integración, a un trabajo de intercambio de conocimientos o de puesta en consideración del conocimiento del otro, donde cuando

vos intentas interrelacionar lo que se promueve es que la salud sea integral, que tenga distintos puntos. Por ejemplo en una entrevista de admisión, nosotros hacemos mucho hincapié en la defensa de los derechos del niño y en eso nos ayuda mucho la Trabajadora Social, preguntando acerca de cómo son las condiciones habitacionales, si hay asignación universal por hijo, si se está llevando a cabo, o si se ha hecho todo lo que implica a que haya lo que tenga que haber en relación a la defensa de los derechos del niño.

Entonces la mirada de la trabajadora social va a tener que ver con eso, yo no puedo estar también pensando en eso si yo tengo que escuchar algo de lo psicológico, por eso es interdisciplinaria y por eso se trabaja en interdisciplina porque cada uno va a tener una mirada distinta, entonces después nos juntamos con la trabajadora social, si es que no ha ido al domicilio, ella va a hacer gestión para que si tiene, por ejemplo que ayudar a la mujer a hacer una denuncia por violencia de género, bueno le va a dar las pautas para que pueda hacer esa denuncia, en el organismo correspondiente y hacer valer su derecho. Pero ella se tiene que ocupar de eso para que yo me ocupe de porque esa persona se expone a que el marido la golpee.

Cabe destacar que si bien trabajamos en interdisciplina, de forma individual también algo se puede hacer, el tema es hasta qué punto. Siempre nosotros decimos que trabajamos con lo que tenemos, no hemos tenido ventanas acá pero hemos trabajado igual, para que te des una idea de la institución. No significa que tengamos siempre que apagar los incendios, sabemos que tenemos límites pero también posibilidades. Antes no estaba trabajo social lo cual ha sido muy difícil trabajar sin una Trabajadora social, pero hemos tenido que trabajar igual sabiendo que es importantísimo, o ha habido momentos en los que no hemos tenido teléfono, 7 meses sin teléfono, que para una institución como esta te imaginas todo lo que puede afectar pero trabajábamos igual, comprábamos de nuestra plata tarjetas de teléfono y nos manejábamos con eso.

Entonces de poder se puede, hay que ver cómo se puede, hay que ver qué efectos tiene en la sociedad, hoy te diría que estamos en un contexto en que las cosas han cambiado bastante con la incorporación de la trabajadora social y la psicóloga nueva. También se está pudiendo hacer hincapié en la prevención de la salud en la comunidad porque ahora si tenemos más recurso humano, pero antes sin recurso humano no se podía, aun sabiendo que la prevención y la promoción de la salud son fundamentales para prevenir problemáticas de consumo. Ahora que recién nos podemos dar el lujo de decir que tenemos un equipo para trabajar en terreno es que salimos y trabajamos efectivamente en terreno, sino no puedes estar haciendo asistencia y prevención a la salud si no tenés gente.

5. ¿Qué se debe hacer según lo que marca la institución frente a una situación de consumo problemático?

Nosotros partimos de la base de que a partir de la entrevista de admisión hay un periodo de diagnóstico, donde el propósito es que se haga un diagnóstico de la persona que consulta pero no solamente de esa persona en sí, sino de la familia, del barrio en que vive, de las redes de asistencia, por ejemplo si va a la iglesia, si hace deporte, si se está educando, entonces vos en un primer momento tenes un panorama y en todo ese proceso de entrevista de admisión vas teniendo un panorama diagnóstico de quien es esa persona, que recursos tiene, a que derechos tiene que apelar. Es todo un diagnóstico social, individual, familiar, entonces tenés todo un panorama para poder pasar a un tratamiento como tal.

Necesitas tener un panorama diagnóstico, porque nos ha pasado también que no hemos considerado que se han vulnerado los derechos de los niños, y lo primero que hay que hacer es poder actuar ahí para poder pasar a lo que sigue. Las políticas de estado son políticas que rigen en mucha relación a la defensa de los derechos y es algo que nosotros tenemos que tener en cuenta, si hay derechos vulnerados es por lo primero que debemos empezar a trabajar y después, a partir de ahí, también está el tratamiento, que digamos pasa por consecuencia, se le plantea a la persona que ya va a estar en una etapa de tratamiento, donde se trabajarán cuestiones que hacen al porqué de la presencia de sustancia en su vida.

Siempre es relativa la entrevista de admisión y la admisión prolongada, porque tal vez la persona puede venir ya problematizando, diciendo “me estoy dando cuenta que esto me hace mal, no quiero drogarme más o no quiero seguir separándome de mi familia”, entonces ya la puerta al tratamiento es mucho más cercana, pero hay también personas que las traen engañadas entonces tenés que problematizar en la misma admisión o en las prolongadas, puede ser que en principio si problematizas pero después no vienen más, eso pasa mucho.

6. Después del paso por la institución y del abordaje realizado, ¿Crees que los sujetos logran acceder a un tratamiento frente a su consumo problemático?

Pasan las dos cosas, pasa que pueden acceder, o que no pueden acceder, siempre van a estar todas las variables, nosotros tenemos una idea, un marco, a partir del cual creemos que tienen que pasar por varias cosas para que alguien considere que el tratamiento es posible. ¿cuáles son esas varias cosas? Por ejemplo que se haga uso de varios dispositivos, esto es muy importante porque por ejemplo vino un adolescente de 18 años, viene a consultar o lo mandan de la escuela, nosotros tenemos antes previsto un taller para padres, entonces mientras tanto se están usando otros dispositivos, entonces ese “mientras tanto” es muy importante que si no se hace el mientras tanto es muy probable que no haya tratamiento, porque el adolescente no te va a problematizar el consumo salvo excepciones, entonces en el taller de padres se trabaja con los padres hasta que se problematice algo del consumo del hijo, lo cual va a hacer que el tratamiento posterior sea posible en base a lo que se trabajó en los talleres.

El tratamiento es una parte, incluso mucho veces se hace el tratamiento antes con la familia, hay padres que vienen pero el hijo no quiere ir, el taller para padres si bien puede ser un taller que haga que venga al tratamiento el hijo, también es un taller en el que ya se empiezan a trabajar ciertas cosas, vos sabes que a veces incluso los padres trabajan tantas cosas que a veces no se dan cuenta que la mano viene por otro lado.

Yo coordino el taller para padres hace 5 años, y sucedió una vez que una pareja de padres después de revisar ciertas cosas acá decidieron separarse, pero ellos vinieron a hablar por el problema que ellos veían de consumo del hijo. Entonces lo que te hace suponer este ejemplo, es que muchas veces vienen los padres acá preguntando por el consumo problemático del hijo pero siempre terminan considerando que hay muchas otras cosas que pasan en una familia que repercuten en el hijo. Entonces siempre es relativo el comienzo del tratamiento, a veces a los padres se les hace un clic tal que ya empezó algo a funcionar de distinta manera y eso cuando viene el chico al tratamiento ya la familia ha hecho un clic lo cual te permite un funcionamiento distinto, que es a eso a lo que apuesto yo hoy, porque me doy cuenta que a veces se trata ya algo en la familia para qué el

adolescente ya empiece a venir a tratarse, entonces por ejemplo a veces mis colegas trabajan con el adolescente así yo trabajo con la familia.

Hay que analizar el hecho de pensar que es que se pierda o que se gane un paciente. El ir a un psicólogo no es un lugar feliz, a veces uno va a psicólogo y no le dan ganas de volver porque uno tiene la experiencia a veces de haber escuchado cosas de un psicólogo que no le gustan tanto porque no hacen al agrado, lo cual siempre en los tratamientos van a tener un carril de no bienestar y uno va a veces y no tiene ganas de ir porque habló algo la vez pasada que no le gusto. Entonces perder o ganar es algo relativo en función de que cada uno tiene un recorrido propio en el tratamiento. Entonces cada persona, cada familia que viene acá puede encontrar una vía, es vía, no es ni una vía ideal, ni exitosa, ni de fracaso, sino que es una vía posible, es una vía a veces que se interrumpe pero vuelven a los dos o tres meses pero ya con otra cabeza o hay disminución de consumo o hay algo que cambia la cabeza de los padres y ponen más límites, entonces tal vez el chico no viene pero en la casa ya hay un ordenamiento ya está pasando algo.

Hay que despegarse de los parámetros de éxito o de fracaso o de lo normal o lo anormal en relación a cualquier cosa en salud. Cuando vos escuches que hay un programa exitoso para dejar de fumar dudá si es que te están queriendo vender eso, dudá si realmente alguien habla de éxito y no sabe lo que dice o dudá si está pensando en aquel que fuma y no puede dejar de fumar porque es algo que tiene que ver con él y que nadie lo va a entender si no lo escucha. Hay que ser relativo, porque la salud es muy compleja, sino sería mucho más fácil tener un programa de actividades cronometradas que funcione.

7. ¿Qué es el Derecho a la salud? ¿Qué abarca el Derecho a la salud?

El derecho a la salud es el derecho que todo ciudadano estando en este país tiene que hacer valer responsablemente, es decir, los derechos están hechos para ser defendidos por las personas responsables que somos los ciudadanos, las personas que podemos discernir, hacer valer los derechos porque muchas veces hay derechos vulnerados, es decir, los derechos se vulneran constantemente y muchas veces las personas tienen que aprender a defender los derechos porque si no estamos siendo partícipes del despojo que se produce cuando a alguien se le vulneran los derechos, una cosa es quien vulnera y otra cosa es quien deja que se vulneren los derechos. Una sociedad, en esta época, tiene que aprender a edificarse en base a hacer valer la defensa de los derechos, y el derecho a la salud es algo que tiene que ser aprendido a valerse desde chico y creo que es una cuestión cultural el hacer valer los derechos porque es hacerse valer como ciudadano, es decir acá estoy, decir no soy una cosa y se me tiene que tratar dignamente, se me tiene brindar los servicios que me corresponden, eso tiene que ser instalado como una condición cultural, sino caemos en la queja que estamos acostumbrados únicamente los argentinos a manejarnos con esa queja suponiendo que eso nos va a llevar a algún lugar, y no ha llevado más que a seguirnos quejando, a algo que nunca va a suceder, a un círculo vicioso también que no te termina posicionando en ningún lugar en la vida. Es hacerse valer en los derechos.

Entrevista 5

Institución: Centro Preventivo Asistencial en Adicciones
Departamento: Las Heras

1. ¿Qué es el consumo problemático?

El consumo problemático no es solo la vinculación con el objeto sino que también se presentan otras problemáticas, ya no se habla tanto de adicciones sino que se habla de problemáticas de consumo como algo más general, en realidad esa vinculación con el objeto se da en un contexto pero que también se presentan otras problemáticas tanto como violencia, puede ser problemáticas laborales, de vivienda, entonces de eso se trata de poder cambiar el paradigma, ya no llamarle adicción o adicto sino llamarlo problemática de consumo como algo más general con vinculación de distintos objetos que se dan, ya puede ser el objeto droga, el objeto celular, el objeto computadora, entonces a partir de ahí se produce una problemática de consumo.

2. ¿Qué situaciones incluye en el consumo problemático?

En realidad también se presentan problemáticas familiares por eso ya no habla tanto de adicciones porque si no sería específicamente la relación que tenés con la droga, pero existen otras variables en las cuales por ahí es importante intervenir, que tienen que ver con problemáticas familiares, habitacionales, y demás problemáticas que surgen.

A pesar de que sabemos que el consumo problemático abarca otras cuestiones además de las sustancias, a la hora de realizar el tratamiento acá en el CPAA se está discutiendo el tema de tratarlos acá o no, porque por ejemplo personas que tienen problemas con la alimentación, ya sea como anorexia o bulimia, existen programas provinciales que abordan ese tema, entonces por ahí esto lo estamos viendo, si los atendemos o no los atendemos pero depende de la particularidad de los casos porque a veces no solo presentan una problemática con un solo objeto sino con varios. A parte cuando uno corre al objeto a parecen otras cosas que son más subjetivas como la angustia y otras cosas que son importantes, al igual que las problemáticas de juego, hay un programa provincial que atiende pacientes con problemas de ludopatía incluso tienen convenio hasta con los casinos donde les ponen la prohibición de entradas a las personas que ya se les está resultando problemático el tema del juego, entonces hay un equipo interdisciplinario para eso.

Pero si atendemos consumo de cocaína, marihuana, pegamento y bueno una lista eterna de distintos tipos de consumo.

3. ¿Qué factores crees que influyen en el consumo problemático?

Serían los factores de riesgo, porque en realidad existen factores protectores y factores de riesgo.

Yo trabajaba en un centro de adicciones en el Valle de Uco y ahora estoy haciendo una pasantía acá, y ves que depende del contexto como se presenta la problemática. En el Valle de Uco yo me encontraba con una problemática un poco más oculta, un poco más invisible, en cambio acá me encuentro con una problemática más visible y además acompañada con pobreza y marginalidad, que son dos variables importantes a tener en cuenta, en la cual los chicos por ejemplo adolescentes no tienen que hacer de su vida cuando salen de la escuela y se encuentran en una marginalidad, excluidos completamente y los adolescentes de Las Heras arrastran esta problemática hasta la adultez. Incluso dentro del mismo departamento las problemáticas son diversas, en el Borbollón hay un lugar donde está el basurero y los chicos consumen del basurero aquel residuo que nosotros

dejamos, que desechamos y que ya no usamos, ellos lo consumen, entonces la problemática de consumo se presenta de diferentes maneras en ese contexto a otro contexto más rural, a un urbano, entonces tiene mucho que ver el contexto.

Pero los factores de riesgo como te digo es marginalidad, exclusión, deserción escolar, analfabetismo, familia protectora, familia que no se hace cargo de sus hijos y muchísimos factores de riesgo más como la misma sociedad de consumo en la que estamos donde hay un abanico donde uno tiene para elegir un sin número de objetos donde la relación que uno establece con ese objeto es más impulsiva, los chicos incluso que vienen son más impulsivos.

4. ¿Se te ha presentado alguna situación de consumo problemático?

Sí.

• ¿Qué hiciste al respecto?

Acá de trabajamos de esta manera, primero el paciente viene por derivación judicial, ya sea por Hospital o por una derivación médica o de manera voluntaria, le hacemos una entrevista de admisión, que la entrevista consiste en una entrevista interdisciplinaria en la cual está el psicólogo, el psiquiatra y yo que soy trabajadora social, soy la única en esta institución y ahí se hace una evaluación del paciente para ver si ingresa o no al tratamiento porque por ahí sacan turno pero el paciente o el sujeto no se problematiza el consumo, ahí vienen derivados por una institución judicial por obligación y ellos te dicen “yo no tengo problemas con el consumo” y quizás consume quizá no, entonces se terminó ahí, porque si el sujeto no problematiza el consumo se le dan un par más de entrevistas de readmisión para ver si se problematiza, si se abre, si puede contar algo respecto a eso.

Después de la entrevista de admisión se dan entrevistas psicológicas al paciente, entrevista psiquiátrica si es necesario y de trabajo social, yo trabajo con la familia del paciente. O en situaciones de riesgo ya sea de niños, intervención interinstitucional con el OAL o con otras instituciones. Pero bueno la familia, la red interinstitucional, son como importantes.

• ¿Consideras que el trabajo realizado fue interdisciplinario?

En realidad trabajamos interdisciplinariamente porque se comparten saberes, no es un solo saber hegemónico, como antes pasaba con la medicina que ellos eran los que tenían el saber, sino que acá el caso se trabaja, se comparte el saber y cada uno aporta algo con respecto a eso y eso es enriquecedor, más allá que cada uno tiene su disciplina, su ideología, su marco teórico, lo que hace difícil la interdisciplina. Es una construcción que lleva mucho tiempo y más para el equipo conocernos, abrirse a contar también lo que uno opina o como interviene en este caso, que haría y que no haría.

Trabajar interdisciplinariamente tiene que ver con el paradigma en el que te posicionas, porque si vos ves a las problemática desde una mirada más integrada, al sujeto más integral desde lo social, desde lo psicológico y también desde lo psiquiátrico que tiene que ver con la psiquis estás viendo al sujeto de una manera más integral, entonces por ahí es necesario intervenir desde distintas áreas.

Otra de las cosas que yo hago, que lo hago con mi compañera que es psicóloga es la parte preventiva, que antes no se hacía en este CPAA y que ahora estamos haciendo un

proyecto social en el C.I.C del Borbollón, donde vamos a trabajar con las instituciones, y es otra pata a tenerla en cuenta porque está bueno prevenir y no tener que llegar a un tratamiento. Los chicos acá trabajan más desde la clínica, cuando yo llegué con la psicóloga que no fue hace mucho tiempo, empezamos a encarar más desde el lado preventivo y empezar a aportar más desde ese lado porque era la pata que estaba floja y nos está yendo bastante bien, estamos teniendo bastante participación del grupo, y vamos a seguir hasta fin de año. Lo que hacemos son talleres que consisten en un marco teórico sobre las problemáticas de consumo y la idea es que ellos mismos armen un proyecto a través de alguna problemática que identifiquen en la comunidad y que ellos puedan ir trabajando sin que nosotras estemos, que los acompañemos para que ellos hagan algo por su comunidad.

5. ¿Qué se debe hacer según lo que marca la institución frente a una situación de consumo problemático?

Primero empiezan con una entrevista de admisión y después se deriva a los padres a un taller para padres que coordina Hugo Ocaña que es psicólogo, o un multifamiliar que lo coordina el Lic. Cocola que él hace una especie de grupo de taller donde se les informa a los familiares con respecto a las problemáticas de consumo. Evaluamos respecto a ciertos criterios de inclusión o exclusión, por ahí los pacientes no vuelven o por ahí se los busca y se los trata de incluir de nuevo al tratamiento.

6. Después del paso por la institución y del abordaje realizado, ¿Crees que los sujetos logran acceder a un tratamiento frente a su consumo problemático?

Hay algunos que sí, que tienen buena adherencia al tratamiento, incluso hay pacientes que llevan muchos años en tratamiento pero lo que tratamos es de explicarles que es todo un proceso, que nada es rápido, que todo depende del tiempo subjetivo de cada uno, y que no hay milagros sino que se trata de trabajar la cura desde las dos parte.

7. ¿Qué es el Derecho a la salud? ¿Qué abarca el Derecho a la salud?

El derecho a la salud lo entiendo como el acceso a este tipo de servicios, a que el sujeto tenga acceso al servicio de tratamiento en cuanto a las problemáticas de consumo y además también que tenga acceso a la prevención, creo que el trabajo que hacemos preventivo tiene que ver más con el derecho a la salud de poder llevar a la comunidad este derecho que es de ellos y hacerlo trabajar, es el derecho a acceder a una institución, el derecho a informarse también es muy importante y a saber qué hacer en cuanto determinadas situaciones de riesgo, o como poder acceder a las instituciones, tienen que ver con ese marco.

Entrevista 6

Institución: Centro Preventivo Asistencial en Adicciones
Departamento: Las Heras

1. ¿Qué es el consumo problemático?

El consumo problemático no es solo la vinculación con el objeto sino que también se presentan otras problemáticas, ya no se habla tanto de adicciones sino que se habla de problemáticas de consumo como algo más general, en realidad esa vinculación con el objeto se da en un contexto pero que también se presentan otras problemáticas tanto como violencia, puede ser problemáticas laborales, de vivienda, entonces de eso se trata de poder cambiar el paradigma, ya no llamarle adicción o adicto sino llamarlo problemática de consumo como algo más general con vinculación de distintos objetos que se dan, ya puede ser el objeto droga, el objeto celular, el objeto computadora, entonces a partir de ahí se produce una problemática de consumo.

2. ¿Qué situaciones incluye en el consumo problemático?

En realidad también se presentan problemáticas familiares por eso ya no habla tanto de adicciones porque si no sería específicamente la relación que tenés con la droga, pero existen otras variables en las cuales por ahí es importante intervenir, que tienen que ver con problemáticas familiares, habitacionales, y demás problemáticas que surgen.

A pesar de que sabemos que el consumo problemático abarca otras cuestiones además de las sustancias, a la hora de realizar el tratamiento acá en el CPAA se está discutiendo el tema de tratarlos acá o no, porque por ejemplo personas que tienen problemas con la alimentación, ya sea como anorexia o bulimia, existen programas provinciales que abordan ese tema, entonces por ahí esto lo estamos viendo, si los atendemos o no los atendemos pero depende de la particularidad de los casos porque a veces no solo presentan una problemática con un solo objeto sino con varios. A parte cuando uno corre al objeto a parecen otras cosas que son más subjetivas como la angustia y otras cosas que son importantes, al igual que las problemáticas de juego, hay un programa provincial que atiende pacientes con problemas de ludopatía incluso tienen convenio hasta con los casinos donde les ponen la prohibición de entradas a las personas que ya se les está resultando problemático el tema del juego, entonces hay un equipo interdisciplinario para eso.

Pero si atendemos consumo de cocaína, marihuana, pegamento y bueno una lista eterna de distintos tipos de consumo.

3. ¿Qué factores crees que influyen en el consumo problemático?

Serían los factores de riesgo, porque en realidad existen factores protectores y factores de riesgo.

Yo trabajaba en un centro de adicciones en el Valle de Uco y ahora estoy haciendo una pasantía acá, y ves que depende del contexto como se presenta la problemática. En el Valle de Uco yo me encontraba con una problemática un poco más oculta, un poco más invisible, en cambio acá me encuentro con una problemática más visible y además acompañada con pobreza y marginalidad, que son dos variables importantes a tener en cuenta, en la cual los chicos por ejemplo adolescentes no tienen que hacer de su vida cuando salen de la escuela y se encuentran en una marginalidad, excluidos completamente y los adolescentes de Las Heras arrastran esta problemática hasta la adultez. Incluso dentro del mismo departamento las problemáticas son diversas, en el Borbollón hay un lugar

donde está el basurero y los chicos consumen del basurero aquel residuo que nosotros dejamos, que desechamos y que ya no usamos, ellos lo consumen, entonces la problemática de consumo se presenta de diferentes maneras en ese contexto a otro contexto más rural, a un urbano, entonces tiene mucho que ver el contexto.

Pero los factores de riesgo como te digo es marginalidad, exclusión, deserción escolar, analfabetismo, familia protectora, familia que no se hace cargo de sus hijos y muchísimos factores de riesgo más como la misma sociedad de consumo en la que estamos donde hay un abanico donde uno tiene para elegir un sin número de objetos donde la relación que uno establece con ese objeto es más impulsiva, los chicos incluso que vienen son más impulsivos.

4. ¿Se te ha presentado alguna situación de consumo problemático?

Sí.

• ¿Qué hiciste al respecto?

Acá de trabajamos de esta manera, primero el paciente viene por derivación judicial, ya sea por Hospital o por una derivación médica o de manera voluntaria, le hacemos una entrevista de admisión, que la entrevista consiste en una entrevista interdisciplinaria en la cual está el psicólogo, el psiquiatra y yo que soy trabajadora social, soy la única en esta institución y ahí se hace una evaluación del paciente para ver si ingresa o no al tratamiento porque por ahí sacan turno pero el paciente o el sujeto no se problematiza el consumo, ahí vienen derivados por una institución judicial por obligación y ellos te dicen “yo no tengo problemas con el consumo” y quizás consume quizá no, entonces se terminó ahí, porque si el sujeto no problematiza el consumo se le dan un par más de entrevistas de readmisión para ver si se problematiza, si se abre, si se puede contar algo respecto a eso.

Después de la entrevista de admisión se dan entrevistas psicológicas al paciente, entrevista psiquiátrica si es necesario y de trabajo social, yo trabajo con la familia del paciente. O en situaciones de riesgo ya sea de niños, intervención interinstitucional con el OAL o con otras instituciones. Pero bueno la familia, la red interinstitucional, son como importantes.

• ¿Consideras que el trabajo realizado fue interdisciplinario?

En realidad trabajamos interdisciplinariamente porque se comparten saberes, no es un solo saber hegemónico, como antes pasaba con la medicina que ellos eran los que tenían el saber, sino que acá el caso se trabaja, se comparte el saber y cada uno aporta algo con respecto a eso y eso es enriquecedor, más allá que cada uno tiene su disciplina, su ideología, su marco teórico, lo que hace difícil la interdisciplina. Es una construcción que lleva mucho tiempo y más para el equipo conocernos, abrirse a contar también lo que uno opina o como interviene en este caso, que haría y que no haría.

Trabajar interdisciplinariamente tiene que ver con el paradigma en el que te posicionas, porque si vos ves a las problemática desde una mirada más integrada, al sujeto más integral desde lo social, desde lo psicológico y también desde lo psiquiátrico que tiene que ver con la psiquis estás viendo al sujeto de una manera más integral, entonces por ahí es necesario intervenir desde distintas áreas.

Otra de las cosas que yo hago, que lo hago con mi compañera que es psicóloga es la parte preventiva, que antes no se hacía en este CPAA y que ahora estamos haciendo un proyecto social en el C.I.C del Borbollón, donde vamos a trabajar con las instituciones, y es otra pata a tenerla en cuenta porque está bueno prevenir y no tener que llegar a un tratamiento. Los chicos acá trabajan más desde la clínica, cuando yo llegué con la psicóloga que no fue hace mucho tiempo, empezamos a encarar más desde el lado preventivo y empezar a aportar más desde ese lado porque era la pata que estaba floja y nos está yendo bastante bien, estamos teniendo bastante participación del grupo, y vamos a seguir hasta fin de año. Lo que hacemos son talleres que consisten en un marco teórico sobre las problemáticas de consumo y la idea es que ellos mismos armen un proyecto a través de alguna problemática que identifiquen en la comunidad y que ellos puedan ir trabajando sin que nosotras estemos, que los acompañemos para que ellos hagan algo por su comunidad.

5. ¿Qué se debe hacer según lo que marca la institución frente a una situación de consumo problemático?

Primero empiezan con una entrevista de admisión y después se deriva a los padres a un taller para padres que coordina Hugo Ocaña que es psicólogo, o un multifamiliar que lo coordina el Lic. Cocola que él hace una especie de grupo de taller donde se les informa a los familiares con respecto a las problemáticas de consumo. Evaluamos respecto a ciertos criterios de inclusión o exclusión, por ahí los pacientes no vuelven o por ahí se los busca y se los trata de incluir de nuevo al tratamiento.

6. Después del paso por la institución y del abordaje realizado, ¿Crees que los sujetos logran acceder a un tratamiento frente a su consumo problemático?

Hay algunos que sí, que tienen buena adherencia al tratamiento, incluso hay pacientes que llevan muchos años en tratamiento pero lo que tratamos es de explicarles que es todo un proceso, que nada es rápido, que todo depende del tiempo subjetivo de cada uno, y que no hay milagros sino que se trata de trabajar la cura desde las dos partes.

7. ¿Qué es el Derecho a la salud? ¿Qué abarca el Derecho a la salud?

El derecho a la salud lo entiendo como el acceso a este tipo de servicios, a que el sujeto tenga acceso al servicio de tratamiento en cuanto a las problemáticas de consumo y además también que tenga acceso a la prevención, creo que el trabajo que hacemos preventivo tiene que ver más con el derecho a la salud de poder llevar a la comunidad este derecho que es de ellos y hacerlo trabajar, es el derecho a acceder a una institución, el derecho a informarse también es muy importante y a saber qué hacer en cuanto determinadas situaciones de riesgo, o como poder acceder a las instituciones, tienen que ver con ese marco.

Entrevista 7

Institución: Hospital Lagomaggiore

Departamento: Capital

1. ¿Qué es el consumo problemático?

En realidad el consumo problemático es cuando el consumo lleva a poner en compromiso las relaciones sociales, familiares, laborales o en caso de que estudien, en el estudio, ahí ya si tenemos un consumo problemático, es decir, cuando afecta alguna de sus áreas, cuando ya hay algún compromiso de conflicto familiar, laboral, es cuando los pacientes consultan o vienen traídos por la misma familia porque muchas veces el paciente con adicción no tiene conciencia de enfermedad, no cree que está enfermo, sino que cree que lo puede manejar.

Por ejemplo el tema de la marihuana que está tan naturalizado lleva a que el sujeto crea que lo puede manejar y empieza a tener un consumo y cuando este consumo es diario empiezan a tener problemas de concentración, de memoria, esto te afecta en el rendimiento académico, te afecta en la concentración a nivel laboral, y ahí es cuando ya tenés un consumo problemático.

2. ¿Qué situaciones incluye en el consumo problemático?

Cualquier sustancia que produzca adicción, lícita o ilícita, porque dentro de las adicciones convengamos que hay sustancias lícitas como el alcohol, los psicofármacos, que también pueden traer consumo problemático, traer dependencia. También incluyo las situaciones como la ludopatía que es una adicción al casino, porque hay gente que va se mete al casino y salen después de varias horas o entran de noche y salen de día y no registran horarios, eso está aumentando muchísimo y si ves en esos casos no tenés presencia de sustancia sino generalmente trastornos familiares terribles que llevan a una adicción al juego.

Entonces todo lo que pueda producir una adicción te puede llevar a realizar ciertas conductas y a complicaciones en ciertas áreas.

3. ¿Qué factores crees que influyen en el consumo problemático?

Los factores principalmente de riesgo son los familiares, sociales pero también hay una predisposición genética hacia las adicciones, no todo el mundo puede hacer una adicción, no lo hace el que quiere sino el que puede también, entonces si vos tenés todos esos factores socio familiares que predisponen a que una persona haga una adicción si se dan las condiciones ahí se produce el consumo problemático. El factor familiar es clave, pero lo social también en el sentido de que por ejemplo el hecho de naturalizar la marihuana como si fuese algo que no produce nada que no hace nada o naturalizar el consumo de psicofármacos como el Klonazepam que se lo pasan entre las vecinas o entre los familiares y son todas problemáticas sociales que llevan a que se naturalicen como algo inofensivo y se lo consume sin tener en cuenta los problemas que puede traer eso.

4. ¿Se te ha presentado alguna situación de consumo problemático?

Si, acá lo que vemos sobre todo es adicción al alcohol, a la marihuana, a la cocaína. En el Hospital Pereyra donde también trabajo te llega de todo. Acá en el Lagomaggiore estoy hace un año y medio y en el Hospital Pereyra estoy hace 6 años.

- ¿Qué hiciste al respecto?

Lo que se hace primero es la desintoxicación del paciente que ha consumido alguna sustancia, una vez que el paciente está desintoxicado se trata de controlar la abstinencia o la ansiedad, porque siempre detrás de todo consumo hay algo que lleva a la persona a que consuma, hay mucha gente que usa la droga como para los problemas que hay de fondo, entonces se trata de analizar cuál es la problemática de fondo una vez que se hizo la desintoxicación y se hace un abordaje que en general lo que nosotros tratamos es que sea interdisciplinario para encararlo desde todas las áreas porque son problemáticas que abarcan todas las áreas, lo psicológico, lo psiquiátrico y también desde el trabajo social, entonces se hace ese abordaje.

- ¿Consideras que el trabajo realizado fue interdisciplinario?

En realidad no funciona interdisciplinariamente como tendría que funcionar sino que cada uno hace su interconsulta en diferentes tiempos, yo diría que el trabajo funciona por interconsulta teniendo el contacto con los otros profesionales, se intenta armar una estrategia terapéutica para el alta porque acá generalmente las intervenciones son cortas, entonces mucho no se puede hacer sino que es eso el poder abordar la crisis y armar la estrategia de internación y de tratamiento ambulatorio. Directamente no es interdisciplina como se trabaja, sino más bien sería algo así como una multidisciplina porque interdisciplina sería las tres disciplinas que se sientan en una misma mesa con un mismo paciente a debatir, a ver que surge en la misma entrevista de cada disciplina.

5. ¿Qué se debe hacer según lo que marca la institución frente a una situación de consumo problemático?

Estamos armando una guía de consulta, justamente la semana pasada tuvimos una reunión con la gente de salud mental para tratar de aunar criterios con respecto a estos pacientes, donde es mejor, donde es conveniente derivarlos, que estrategias se pueden armar por esto de que por ahí al no ser interdisciplinario falta el contacto con otros profesionales con diferentes criterios y ver bien que red tenemos porque la verdad que muchas veces desconocemos no solamente la red que hay sino como estamos funcionando actualmente y como la estamos usando. Vos decís a veces “sí, están los CPAA o tal dispositivo”, pero lo real es que está todo colapsado entonces la idea es ponernos un poco más en contacto con las redes de afuera para ver realmente como están funcionando y cuáles son las posibilidades de derivación, porque cuando se desconoce estamos sacando seguramente un recurso o un dispositivo que puede llegar a servir, te perdes alguna buena institución por no conocer o como nos dijeron en salud mental “todos los CPAA están colapsados y los turnos se están dando de acá a dos o tres meses”, entonces si vos agarras y derivas un paciente de acá a un CPAA en esos tres meses seguramente el paciente se perdió.

Los CPAA en realidad hacen trabajo interdisciplinario, trabajan en equipo y las entrevistas son interdisciplinarias, entonces cuando les dan el turno es de acá a tres meses para la disciplina que sea.

6. Después del paso por la institución y del abordaje realizado, ¿Crees que los sujetos logran acceder a un tratamiento frente a su consumo problemático?

Te soy sincero, yo creo que un 90 % de los casos se pierden por la falta de recursos institucionales, de instituciones. Lo ideal sería que el paciente salga y en la semana ya tenga el abordaje afuera, entonces si las instituciones están colapsadas de acá a tres meses es imposible, el paciente se pierde, solo el que tiene muchas ganas de recuperarse puede, como para aguantarse tres meses sin un tratamiento y sin un acompañamiento terapéutico. Son muy pocos los que logran eso.

Nosotros no hacemos seguimiento porque lo que hacemos es a nivel de interconsulta es un trabajo dentro del Hospital con el paciente internado, a veces si vienen nuevamente cuando están en tratamiento y lo vemos nuevamente, le damos medicación hasta que tenga el turno si es necesario pero bueno no es tampoco la forma ideal de trabajo porque es trabajar en un pasillo, trabajar sin una historia clínica, sin un turno por eso una de las cosas que se le planteó a la gente de salud mental es hacer un dispositivo intermedio como para que estén atendidos en el proceso desde la internación hasta la otra institución donde haces el ambulatorio, que se pueda hacer el seguimiento, además para nosotros poder saber qué pasó con el paciente una vez que sale de la internación, porque con la mayoría nunca sabes qué pasó con el paciente.

Con el tema de las adicciones pasa algo muy particular y es que la mayoría del porcentaje de la recuperación es de la voluntad y de las ganas de los pacientes de salir adelante porque lo que se puede hacer desde las diferentes disciplinas es un abordaje, un acompañamiento y es muy poco si el paciente no tiene una demanda de tratamiento, y en realidad la mayoría de las personas no demandan tratamiento sino que muchas veces se internan porque se asustan, para desintoxicarse, se internan porque la familia se hartó de ellos y traen muchos problemas, o se internan porque tienen problemas con la Ley, pero no por el deseo de dejar de consumir, entonces ese es un paciente que lo tuviste 15 días internado, hiciste un abordaje completo , armaste toda una estrategia terapéutica y a los 15 días lo tenés de nuevo con el mismo problema, eso se ve muy frecuentemente, y acá lo vemos sobre todo con los alcohólicos.

Nosotros cuando llegan pacientes intoxicados a la guardia no nos enteramos, muy rara vez cuando se fusiona con otras cosas como psicofármacos o algo así, porque generalmente son intentos de suicidio pero no por la intoxicación en sí. Hay una residencia de psicología que están 24 horas y por ahí ellos son los que se enteran en la interconsulta pero nosotros como trabajamos medio día de lunes a viernes no conocemos cuando llegan a la guardia.

7. ¿Qué es el Derecho a la salud? ¿Qué abarca el Derecho a la salud?

El derecho a la salud debería ser accesible a todo el mundo, debería no solo ser accesible sino también de calidad, y esa no es la realidad sino lo que vemos es que cada vez está peor. No se tiene en cuenta que es un derecho. Uno desde el trabajo individual hace todo lo que puede pero las instituciones terminan marcando los límites, entonces te das cabezazo a la pared todo los días porque entre lo que se debería hacer en cada situación y lo que no se puede hacer, la brecha es cada vez más grande y más en el tema de salud, que la salud avanza desde el punto de vista de tecnologías tanto diagnósticas como

terapéuticas y en realidad lo que es llevado a la práctica es muy poco. Incluso lo que se ve es que hay mucha más demanda y sigue habiendo la misma cantidad de profesionales o menos, la misma cantidad de instituciones pero más vaseadas, incluso está pasando que la gente con obra social se está volcando a la salud pública porque no puede comprar la medicación o porque directamente las obras sociales también están colapsadas y vienen para acá porque están hipercolapsadas y trabajan peor que la salud pública, entonces también estamos atendiendo los pacientes que no tienen cobertura y los que si tienen cobertura y eso hace que la salud pública termine más desbordada todavía. A tener en cuenta también que la salud es un negocio y sobre todo la parte privada, y no se le puede negar a nadie el derecho a la salud pero para eso existe la parte pública, la realidad es que nada funciona como debería funcionar ni lo público ni lo privado.

Entrevista 8

Institución: Hospital Lagomaggiore
Departamento: Capital

1. ¿Qué es el consumo problemático?

El consumo problemático es un emergente de una situación familiar, social, ambiental, y personal de un individuo que genera cierta dependencia o cierto lazo con el objeto de consumo y que se convierte justamente para la persona en un problema.

2. ¿Qué situaciones incluye en el consumo problemático?

Todas, en el enfoque actual se incluye desde el alcohol hasta los juegos de video, celular, “Whatsapp”, la ropa, todo lo que se consume o se utilice de manera que genere un problema en la persona para desarrollarse en sus actividades diarias lo considero un problema de consumo.

Para nosotros poder verlo así, es un cambio de mentalidad el reconocer esto, y por ahí en un Hospital público yo estoy segura de que probablemente no encontremos a alguien con una adicción a las compras porque todavía no se logra considerarlo como un problema de salud y porque nuestras intervenciones no están abocadas a encontrar eso, pero si yo creo que existen y que es un cambio de mentalidad el poder ver también como reubicar nuestra cabeza para poder detectar estos problemas.

3. ¿Qué factores crees que influyen en el consumo problemático?

Yo estoy acá específicamente en el servicio social hace 2 años y medio, pero en el Hospital, digamos dando vuelta en el Hospital, desde mis prácticas de 5° año que hasta ahora serán unos 10 años. En todo este tiempo, aprendí muchas cosas y me parece que con respecto al consumo problemático existe una multiplicidad de factores que influyen, hay cuestiones familiares, sociales, personales, de estructura de la personalidad seguramente, ambientales, tiene que ver mucho también la historia de vida, y con la forma en la que uno se apega a los objetos, a las conductas, a las sustancias en algunos casos. El modo en que uno se relaciona con las cosas, la sociedad directamente porque estamos inmersos en una sociedad de consumo y hay que tenerlo en cuenta.

4. ¿Se te ha presentado alguna situación de consumo problemático?

Si muchas, de hecho yo trabajo en el área de clínica médica, nosotras estamos divididas por servicio; yo trabajo en el área de clínica médica y de hecho, no te podría decir un número exacto, pero calculo en este momento que el 60 o 70% de los casos que atendemos tienen algún componente de algún consumo, no todos son problemáticos. Me parece que esto sí hay que aclararlo; por ahí hay familias que dicen “si toma mucho” pero la persona no lo detecta como consumo problemático, pero sí creo que hay en el 70% de los casos, tabaquismo o alcoholismo. Por ahí nos consultan por otras cosas, pero presente el tema “consumo” yo creo que está en un 70% de las situaciones que atendemos; y después si hay situaciones específicas en el que el consumo de alcohol es altísimo o el consumo de sustancias, desde pastillas hasta cocaína, marihuana, pero sí hay muchos casos.

• ¿Qué hiciste al respecto?

Un poco por ahí de algún modo dibujar el mapa familiar, a esto no me refiero a la técnica, pero sí armarme un panorama, por ahí así uno se da cuenta que el consumo tiene que ver con historias familiares, así como se hereda a veces en la familia una forma de crianza, el gusto por criarte en un departamento por ejemplo, hábitos, también se hereda mucho el tema del consumo; por ejemplo te dicen “mi papá fue alcohólico, mi mamá también es alcohólica, mi abuelo creo que me dijeron también al igual que mis tíos y bueno yo soy alcohólico”, casi como un mandato familiar y como se ha, de algún modo, enquistado en la familia, se ha naturalizado también se naturaliza el consumo y ese es el problema, cuando no se problematiza, cuando no hay nadie desde afuera que lo encuentre como un problema hasta que no emerge en una situación de salud muy grave sino pasa desapercibido, pasa sin cuestionarse. El problema está, genera dificultades, pero no se cuestiona porque mi papá tomaba, porque mi familia toma. Entonces por ahí la idea es reconstruir un poco esta historia familiar, trabajar directamente con la familia, el tema de la contención. Muchas veces cuando los pacientes llegan acá con problemas de consumo está asociada a otras de consumo y que el alcoholismo, por darte un ejemplo, agrava esta situación de salud, entonces a veces cuando llegan acá lo que les tenemos que decir es “o deja de tomar o se va a morir porque no lo va a matar el alcohol porque probablemente no tiene problema directamente relacionado con el alcohol pero si usted sigue consumiendo alcohol, la diabetes empeora”. Entonces por ahí trabajar un poco eso cuando se puede trabajar así y sino muchas otras veces lo que hacemos es tratar de algún modo de generar en las personas la necesidad de problematizar esto, me parece que uno tiene que lograr con la otra persona esto.

Muchas veces lo que nosotros les ofrecemos es iniciar un tratamiento en los CPAA, nosotras a veces le sacamos el turno, cosas de poder también facilitarles esto, les sacamos los turnos por teléfono porque hay gente que ni siquiera conocen que existen lugares de tratamiento, pero bueno a veces estamos muy cortos de recursos para trabajar esto, entonces bueno también hemos estado trabajando acá desde el servicio otras alternativas como trabajar con el equipo de salud mental para ir generándonos otras alternativas, hemos tenido reuniones con el plan de adicciones, hemos podido contactar con el plan y con el servicio de psiquiatría y el de psicología para trabajar digamos que de manera conjunta el tratamiento de estos casos porque hay que atenderlos de manera interdisciplinaria, no quedan opciones para esto.

- ¿Consideras que el trabajo realizado fue interdisciplinario? ¿Porque?

Acá es complicado trabajar en interdisciplina, yo te podría decir que acá se trabaja en multidisciplina, porque hay ciertas reticencias de algunos profesionales. Con algunos te encuentras con muy buena onda para trabajar juntos, para hacer una entrevista juntos, con otros profesionales no, porque son más cerrados, porque sus técnicas son sólo sus técnicas y sus entrevistas son sus entrevistas, son muy específicas y en realidad el que ha estudiado lo que es una entrevista social puede hacerla con cualquier profesional. Por ahí el que está un poco más alejado es el psiquiatra, que él si tiene que manejar criterios de medicación un poco más clínico, pero también participa y creo, desde mi percepción, que hemos podido trabajar más con los psiquiatras que con los psicólogos en conjunto, porque nos hemos encontrado con esta idea de que “mi entrevista es mi entrevista” y el resto lo charlamos en el pasillo. Esta no es la idea, si no poder empezar a trabajar esto de maneja conjunta, el poder lograr la interdisciplina.

Por ahí los profesionales que no están dentro del servicio social piensan que nosotros podemos dedicar sólo a gestionarle la pensión, o un lugar porque la familia no lo quiere, mientras los psicólogos se van a abocar a desgranar de donde viene este problema de consumo, sumado a que ellos no manejan el concepto de consumo problemático sino que manejan el tema de adicción. Entonces por esa razón es bastante complicado y cuesta mucho trabajar con otros profesionales dentro del Hospital, pero bueno seguimos intentando poder algún día trabajar en interdisciplina.

5. ¿Qué se debe hacer según lo que marca la institución frente a una situación de consumo problemático?

Se está trabajando en la elaboración de un protocolo de intervención para los pacientes con problemáticas de consumo. Está actualmente en elaboración mediante reuniones con el área de psiquiatría y de psicología. Nosotras acá en reuniones hacemos los aportes y van como representantes a las otras reuniones la Jefa del servicio que es Nora Díaz y Cecilia que es Trabajadora Social y ya terminó su residencia en salud mental, entonces ya ha trabajado bastante más el tema de consumo que el resto del equipo.

Es muy bueno lo que se está armando, para poder tener una metodología un poco más clara para cuando se presentan estas situaciones de consumo problemático y además porque nos demandan mucho desde el área médica. Los médicos nos demandan mucho que respondamos a estas situaciones cuando el paciente ya está compensado y ha pasado la etapa de abstinencia, por ahí porque vienen con la etapa aguda del consumo y después en la etapa de abstinencia nos reclaman respuestas para el tratamiento, respuesta que nosotras directamente no les podemos dar, porque los Hospitales de salud mental están saturados y no pueden tener 15 días a un paciente para trabajar el tema de la abstinencia, entonces como tenemos mucha demanda de los médicos de trabajar con esto y de sacar a los pacientes de acá es que se está trabajando con la elaboración de este protocolo.

Acá también llegan los pacientes intoxicados, y son los médicos de guardia el primer contacto, nosotras ya lo vemos cuando está en internación, pero hemos tenido también pacientes que hemos tenido que esperar dos o tres días para entrevistarlos porque están absolutamente descompensados.

6. Después del paso por la institución y del abordaje realizado, ¿Crees que los sujetos logran acceder a un tratamiento frente a su consumo problemático?

Unos sí y otros no, y tiene esto que ver un poco con la voluntad, un poco con esto que te digo de la construcción del problema de consumo; tratar de hacerle ver a la persona que probablemente sí hay un problema que le dificulta trabajar, que le hace tener problemas con la familia, problemas con sus vecinos y que esto es producto de su problemática de consumo.

Hay también un desborde de todas las instituciones que influye directamente en esto del acceso al tratamiento; los turnos del CPAA por ejemplo se están dando de acá a dos meses, entonces se complica como también la falta de psiquiatras.

7. ¿Qué es el Derecho a la salud? ¿Qué abarca el Derecho a la salud?

Yo creo que el derecho a la salud es acceder a, no sólo al control de las enfermedades o a la prevención, sino que abarca mucho más. El derecho a la salud es la posibilidad que tenga la persona de acceder a un bienestar completo, a la posibilidad de encontrar el equilibrio entre su vida familiar, su vida personal, su cuerpo, su espíritu, el poder ser escuchado en una institución de salud, en la escuela, ser escuchado por todas las instituciones, que se le dé respuesta a sus demandas. Por ahí es medio idealista lo que planteo, pero me parece que el derecho a la salud no se garantiza sólo desde las instituciones sino desde todas las áreas, desde todas las instituciones del Estado, y que también la persona pueda contar con espacios para cuestionarse sobre su salud, teniendo en cuenta que la salud no es sólo lo físico, es también mental, espiritual, emocional, tiene que ver con el cuerpo, con el alma, con la familia, con el modo de relacionarse con la familia.

Yo creo que desde el Hospital en algunos casos se garantiza el Derecho a la Salud y en algunos otros casos es más limitado y tiene que ver, me parece, con los servicios. Muchos médicos sí lo trabajan otros no, pero yo creo que tiene mucho que ver con nuestra intervención y me parece que ahí está el compromiso del Trabajo Social, y esta cuestión también un poco idealista que tenemos los Trabajadores Sociales de poder hacer ver esto al resto de las personas que trabajan en las instituciones de salud, de que la persona no es sólo un cuerpo, que un cuerpo no se divide en mente y el resto o en pulmones, corazón, hígado, sino que es una integralidad un poco más abarcativa, que podemos atender cuestiones de salud y cuando lo de salud ya se ha resuelto, lo social también es una cuestión de salud, y también tiene mucha relevancia, a veces tiene tanta relevancia como el resto de la salud porque influye directamente en la salud física, que por ahí eso nosotras lo vemos en el caso de pacientes que están compensados desde lo físico, desde lo clínico pero siguen internados por razones sociales, y por más que la palabra suene chocante, a mí me choca mucho, pero es así, en cierto punto se entiende que no sólo tiene que ver con que la persona haya sanado o mejorado su estado de salud agudo en ese momento, sino que también hay que esperar para garantizar su salud y su derecho a la salud, además de que se arreglen las cuestiones médicas, otras situaciones como cuestiones de vivienda, de gestiones, cuestiones familiares. Tiene mucho que ver con esto, es en lo que debemos trabajar nosotras.

Entrevista 9

Institución: Hospital Lagomaggiore
Departamento: Capital

1. ¿Qué es el consumo problemático?

Según lo que marca la nueva Ley, que se ha dictaminado a partir de Abril del 2014, una concepción diferente del consumo problemático, porque antes se llamaba adicción. Una vieja Ley que es del '81 que abarcaba el problema del consumo, el problema de adicciones dentro de la Ley de salud mental, entonces esa Ley hablaba solamente de las personas con alcoholismo crónico, bueno a partir de este año se está desarrollando todo un movimiento y en abril de este año se sancionó la nueva Ley que dice que el consumo problemático está referido a una cuestión actitudinal del sujeto, que se da de forma repetitiva y crónica y que va tanto desde el consumo de sustancias ya sea legales o ilegales, el consumo de cigarrillo o el alcohol que serían las legales efectivamente a las ilegales como puede ser la cocaína o la marihuana que todavía socialmente no son aceptadas y también está referido a la cuestión actitudinal como el juego, el tema de la comida, las nuevas adicciones, por ejemplo el tema de comer y hacer gimnasia de manera compulsiva.

Entonces el consumo problemático esta entendido como cualquier conducta compulsiva, repetitivas y que van desintegrando los tres ámbitos, el ámbito de la persona, el ámbito familiar y el ámbito laboral, entonces cuando alguna de las tres esferas se ve afectada se puede hablar de consumo problemático, mientras tanto no, es decir, se hace la diferenciación entre uso, abuso y dependencia, eso es lo que marca el artículo número 2 de la Ley.

2. ¿Qué situaciones incluye en el consumo problemático?

Les cuesta mucho en realidad a los profesionales poder instalar este nuevo concepto de dejar la cuestión de la ilegalidad e incluir otras cuestiones que están dentro de lo que es consumo problemático, ciertos procesos conductuales y no solo a procesos unidos a las sustancias, entonces por ahí cuando uno habla con una persona que compra celulares de manera compulsiva, que va al shopping y consume, consume y consume, entonces lo que quiero decir es que no sólo se incluye en este término las sustancias legales sino también aquellas conductas que van afectando y desintegrando todo lo que es la vinculación del sujeto. Todavía cuesta mucho asimilar este concepto más cuando uno les plantea esta posibilidad te miran un poco raro como diciendo “bueno entonces son todos adictos”.

Hay que sumarle que vivimos en una cultura consumista y es muy difícil escaparse de eso, pero desde esa mirada ya no se ve al sujeto como alguien enfermo sino como un sujeto activo que forma parte y que puede elegir formar parte de ese proceso.

3. ¿Qué factores crees que influyen en el consumo problemático?

Yo he trabajado en el Tejada Gómez y un año estuve trabajando en cable a tierra que es una cooperativa de trabajo, que trabaja justamente con aquellas personas que tienen problemas de consumo y en realidad se ven panoramas totalmente iguales y diferentes, pero principalmente se pueden detectar desde la mirada del trabajo social, la familia como principal factor, donde más allá de poder trabajar con los sujetos se trabajan con factores personales, con cuestiones de salud mental, con una patología de base psiquiátrica, como

trastornos de la personalidad o psicosis simple o esquizofrenia en su mayoría, pacientes bipolares en la fase maníaca cuando lo que consume es el tema del juego, del casino, del alcohol, entre otras; pero esto que te digo es lo más unido a la salud mental.

Principalmente puedo decir que los factores familiares se ven en todo un sistema armado, la persona, digamos desde la mirada sistémica desde donde yo lo trabajo, en realidad es el emergente de una situación familiar complicada, es decir, que no cualquiera es una persona que tiene un problema de salud mental y no cualquiera es una persona que consume. Entonces viene la persona que consume a delatar una situación, el grupo familiar lo que generalmente hace es poner la mirada en el sujeto y cuando uno empieza a unir, a entrelazar todas estas situaciones, te encontras con que la familia realmente tiene un funcionamiento dado, para que la persona siga consumiendo y no pueda escaparse de eso.

Por eso digo que la familia es el principal factor que puede llevar a una situación de consumo problemático cuando no hay una patología psiquiátrica de base, sino lo que se hace es privilegiar la patología psiquiátrica de base entonces una vez que se compensa lo psiquiátrico se trabaja con el consumo, por eso se hacen diagnósticos diferenciales y se ven, en casos de consumo problemático, si hay alguna patología psiquiátrica, si se descarta la patología se empiezan a ver otros factores y entre ellos los que, mayormente, aparecen son los trastornos de la personalidad, que si bien son psiquiátricos no están incluidas en la psiquiatría, es decir no hace falta alguna medicación en algunos casos, pero en sí, la mayoría de los factores son familiares.

4. ¿Se te ha presentado alguna situación de consumo problemático?

Sí, todo el tiempo.

•¿Qué hiciste al respecto?

El tema es que nosotros no hacemos interconsulta, yo tengo a cargo el área de unidad coronaria y cirugía, el paciente entra por guardia, te doy un ejemplo, paciente de 35 años con alcoholismo crónico y consumo de sustancia ilícitas, vos lo vas a ver y haces la diferenciación entre uso, abuso, dependencia y consumo problemático, entonces cuando responde la interconsulta, vos haces todo un análisis familiar, análisis individual y vas viendo si va afectando a la esfera individual, al sujeto en su vinculación con el entorno, con el trabajo, con la familia, si vos detectas que ha afectado estas áreas hay un consumo problemático sino directamente nosotros lo que hacemos específicamente en el Hospital y lo que yo hago es detección y prevención.

Detectas una situación, ves si el sujeto ha tenido internaciones psiquiátricas o tratamientos previos por consumo, si ves que no evaluás las características personales del sujeto ahí lo derivas de acuerdo a las instituciones existentes en la provincia y de acuerdo a las características de la persona para que tenga una llegada, pero principalmente lo que se ve acá más es el tema del alcoholismo crónico, ludopatía que llega mucho aunque todavía acá no se toma como consumo problemático con tratamiento ambulatorio, y muchas veces el tema de la ludopatía queda sin detectarse al no ser considerado una problemática de consumo, queda sin puntualizar lo que por ahí el sujeto te está delatando en una entrevista; y lo otro que se ve mucho son problemas de alimentación.

Estas situaciones de consumo salen a la vista en las entrevistas sobre todo, vos haces la pregunta de ¿qué haces en la vida cotidiana, de qué trabaja, cuáles son los horarios de

trabajo, qué hace fuera de los horarios de trabajo?, y ahí te empezas a dar cuenta y vas hilando si tiene algún tipo de consumo o cierta tendencia a consumir. Lo más importante cuando vos detectas que hay alguna problemática de consumo es poder citar a algún familiar o hacer alguna entrevista con la persona que esté cuidándolo, y ahí también terminas de unir.

La mayoría llegan a internación por ahí por otra situación, por ejemplo con un pre infarto y se dio por el tema de que perdió todo jugando al casino, entonces llegan al hospital por un supuesto infarto y cuando haces la entrevista y haces la evaluación terminas detectando el consumo.

Acá en el Hospital llegan por todo pero se ve dependiendo los servicios, por ejemplo los servicios de clínica se ven más alcoholismos crónicos, consumo de cocaína, y demás.

- ¿Consideras que el trabajo realizado fue interdisciplinario?

Acá funciona el grupo GIA que trabajan específicamente problemas de consumo de alcohol, no otra patología ni policonsumo pero de acuerdo a lo que marca la ley de salud mental debería este grupo funcionar como un equipo interdisciplinario, con un psiquiatra, un médico, un psicólogo y un trabajador social pero ninguna de estas especialidades participa, sino que se hace cargo una señora de 76 años que de buena voluntad viene hace años, actualmente hace como 7 meses que no viene porque falleció la hija. Entonces lo que actualmente se está haciendo en el Hospital con respecto al consumo es “nada” porque las disciplinas trabajan de manera fragmentada y lo que queda es azaroso a la buena voluntad de los profesionales, depende de uno sentarse con el psicólogo o el psiquiatra y hablar sobre lo que se ha detectado, lo que se puede hacer, es decir, buscas la interdisciplina no es que se da un trabajo interdisciplinario.

Entonces lo que estamos buscando con Nora (Jefa del servicio social) es acercarnos al Plan Provincial de Adicciones y capacitarnos a todos. Poder bajar una línea de lo que son los nuevos conceptos para los profesionales de la parte clínica sobre todo que son los que te hacen la interconsulta, entonces que se pueda hacer una buena detección para que después vos como profesional encuentres un abordaje adecuado y a partir de eso hacer capacitaciones, armar un equipo interdisciplinario de salud mental dentro del Hospital y para ellos lo que estamos haciendo ahora es un diagnóstico situacional de las diferentes posturas y dispositivos que deberían funcionar acá. Uno es el grupo GIA, el otro que está funcionando en la guardia es un grupo evangélico, que en realidad no están de acuerdo con la toma de medicamentos, sino que tratan el tema del consumo desde la parte religiosa, a ver, cada uno tiene su mirada y es válida de acuerdo a lo que uno considere como válido, pero este es el dispositivo que está funcionando en el hospital, pero lo que se puede decir un dispositivo con un abordaje integral no existe en este Hospital, sino que los abordajes son fragmentados.

Generalmente desde la psicología, acá no hay una psicología clínica que pueda hacer una detección, un diagnóstico diferencial entre una psicosis y una neurosis, por ende si la persona tiene problemas de consumo lo toman como parte de una depresión, y en realidad la mayoría de las personas no tienen depresión, entonces la gente de psiquiatría te dicen que no, que el estado psíquico está estable, que es sólo un alcoholismo crónico, que hay que compensarlo, 15 días de desintoxicación como marca la Ley y listo a su casa nuevamente. La gente de psicología está mandando por ejemplo a todos los pacientes a REMAR, sin saber la existencia de la red de salud mental funcionando actualmente, entonces yo lo que he podido bajarle a los profesionales es mostrarles un poco esa red, por

ejemplo si el paciente es de Las Heras, bueno que sepan de que existe un CPAA en Las Heras y si se ve el consumo, que es un policonsumo, bueno entonces que vean la posibilidad de que vaya al CPAA de Las Heras para un tratamiento ambulatorio, entonces que se le pueda explicar a la persona que hay CPAA en funcionamiento, que se le puede pedir un turno, y si te dicen que no quieren ir, poder hablar con la familia porque por ahí muchas veces es la familia la que tiene el problema por la falta de conciencia de la enfermedad porque las personas no terminan de vincularse con la problemática. Entonces como los CPAA cuentan con asesoría familiar se los deriva para que la familia cuente con herramientas para afrontar la situación y porque todas las familias lo primero que te dicen es “lo quiero internar” entonces vos les decís “mire no hay comunidades terapéuticas actualmente en Mendoza, por lo tanto las dos comunidades terapéuticas que están funcionando que tienen convenio con el plan provincial están una en San Luis y la otra en Bs As”; cuando vos les decís esas provincias te dicen que no quieren que se vayan tan lejos, entonces ahí les ofreces las otras alternativas ambulatorias y ahí se va viendo realmente si la persona responde al tratamiento pero no pensar directamente una internación. Ahora cuando las familias son más compulsivas, la persona no tiene conciencia de enfermedad y hay violencia intrafamiliar o situaciones de autoagresión directamente lo que yo les recomiendo es que vayan a la oficina fiscal más cercana al domicilio, hagan la denuncia y pida una internación involuntaria como marca la Ley de salud mental.

El hecho de armar algún dispositivo de atención a la problemática de consumo dentro del Hospital surge desde el pedido y necesidad del Trabajo Social, porque para hacer la derivación al CPAA el paciente tiene que ir con una ficha de presentación donde acá no tienen ni idea de que se trata por decirlo de alguna manera. En realidad la salud mental, la salud en general de una persona se va viendo en diferentes momentos, entonces no es lo mismo la persona que ingresa por guardia y esta 15 días en un Hospital público a la persona que sale de su contexto habitual a pedir un turno y tiene que hacer todo un proceso, entonces cuando llegan al CPAA les piden la ficha de presentación y te dicen “a mí no me dieron nada en el Hospital”, entonces uno que está del otro lado que hace las admisiones se pierde de todo un proceso de la persona, entonces es como dificultoso y son los profesionales los que tienen la culpa de que eso pase, por no hacer el proceso adecuado. La idea es bajar todo un marco teórico, darles un instrumento a los profesionales para que intenten hacer las cosas como deberían.

5. ¿Qué se debe hacer según lo que marca la institución frente a una situación de consumo problemático?

Actualmente, como te decía, estamos en contacto con Salud Mental, para definir formas de abordajes y derivaciones. De esta manera conocer y hacer conocer las instituciones y prestaciones a las que pueden acceder las personas con esa problemática.

Básicamente acá les hacemos la primera atención y después depende la situación en la que se encuentra la derivamos a hacer los tratamientos ambulatorios o la internación a los Hospitales Psiquiátricos. Lo importante es conocer la red y hacer las derivaciones lo más acertadas posibles. Además también hay que tener en cuenta si esa persona es mama, papa, y como es la relación con la familia, o si hay alguien en tratamiento acá en el hospital, y un montón de variables que en las entrevistas tenemos que trabajar.

6. Después del paso por la institución y del abordaje realizado, ¿Crees que los sujetos logran acceder a un tratamiento frente a su consumo problemático?

Te diría que un 50 % si llega y un 50 % no. Primero porque depende de la contención familiar, de que tenga una familia que acompañe, a quien se pueda acudir a dejarle información o datos a parte del paciente sobre el o los dispositivos al que se lo derivó, porque por ejemplo en el CPAA que se están dando turnos de acá a dos meses si no hay una familia que acompañe puede suceder que el paciente se vaya olvidando de esto por más de que para nosotros es urgente el CPAA tiene otro tipo de funcionamiento, va mucho más lento. Nosotros en la interconsulta lo primero que decimos es que vayan sacando turno en el CPAA para no perder más tiempo. A esto se le suma que como nosotros no hacemos seguimiento de cada uno de los casos no volvemos a tener contacto con el paciente, salvo alguna vez que nos llaman desde las instituciones para preguntarnos sobre alguna situación derivada o si el paciente reingresa que empezamos a ver los diferentes procesos. Pero generalmente se ve que las redes se van debilitando, se van deteriorando, entonces no es lo mismo un sujeto que entró a principio de año y que vuelve a entrar ahora después de tres internaciones, entonces vos vas intentando diferentes alternativas pero si estas alternativas no tienen una red de contención a nivel social el paciente se termina perdiendo.

Por ejemplo si una persona está 15 días acá, vos le ofreces diferentes alternativas, trabajas con la familia, la familia se lo quiere llevar, trabajas con el municipio, el municipio te dice que van a ayudar, trabajas con el hospital para que esté los 15 días de desintoxicación y después la persona no quiere nada y se quiere quedar en la calle, entonces más allá de que uno haga como profesional la construcción, desde el lado del sujeto puede que no encuentres algo, al igual que una persona que a la primera internación te dice que no le interesa nada de lo que le decís u ofreces pero ya en la segunda internación te mira con otra cara, vos le volves a comentar lo mismo y capaz ya te presta atención hasta que en algún momento le haga clic la situación. Entonces está en uno también el no dejarse anestesiar por aquellas situaciones cotidianas y que termines diciendo que ya no hay mas nada que hacer, entonces hay que tener esta tolerancia ante estas situaciones, esa tolerancia implica tener un marco teórico y profesional atrás porque sino las cosas se pierden.

7. ¿Qué es el Derecho a la salud? ¿Qué abarca el Derecho a la salud?

El Derecho a la salud de acuerdo a lo que marcan los diferentes marcos normativos y lo que uno más o menos ha podido trabajar, es lo básico que debe tener una persona para poder vivir, no implica necesariamente un sistema de salud, no implica algo puesto en un dispositivo de salud sino como algo que debe funcionar en las diferentes instituciones, salud mental, salud física, salud familiar, etc. Es lo básico que una persona tiene que tener para funcionar, lamentablemente hay muchos dispositivos como escolares, familiares, institucionales, de cooperativas, entre otras, que lo que terminan haciendo es enfermado al sujeto, entonces ahí es cuando nos preguntamos ¿Qué es el derecho a la salud? ¿Desde dónde se entiende a la salud? Si yo voy a la guardia y me atienden y me vuelvo a mi casa, eso sería la salud entendida puramente desde un concepto más biológico pero la salud entendida desde un concepto más social implica el entrecruzamiento de un montón de funciones, desde la posición familiar hasta una institución sostenida por el estado que al cruzarse hacen que el sujeto funcione dentro de un sistema de salud.

Acá en el Hospital la idea de salud es compensar al sujeto, estoy hablando de compensar ni siquiera de curar, porque la idea de salud que se tiene viene de la formación lamentablemente de la medicina, viene desde una cuestión más biológica. Ayer una señora que entro con una violencia de género, que ya venía con 8 internaciones y nadie lo había notado, la señora entro por fractura, por golpes, entonces el médico no me podía entender de que existe detrás toda una trama familiar que la señora viene padeciendo y que lamentablemente ha tenido que vivir, y el médico me preguntaba si era necesario que eso lo consignaran en la historia clínica; mi respuesta fue “sería lo ideal que uno pudiera hacer una buena anamnesis, cosa de poder detectar cada una de las situaciones y hacer las interconsultas oportunas a cada situación, por lo tanto si eso no se hace desde las otras disciplinas se complica aún más trabajar”.

En realidad es lo lógico que consignen estas situaciones en las historias clínicas, cuando vos no te tomás el tiempo para hacer estas cosas es porque enfocas solo a lo biológico ya sea una fractura o un moretón, entonces acá en el hospital no se trabaja con salud desde el concepto de salud y siempre se lo ve a este concepto dentro de una institución. Entonces yo creo que el derecho a la salud depende de cada una de las personas de como lo entienden, si para mí es que yo vaya a las 5 de las mañana, saque el turno, me atiendan, me den un medicamento, me vaya a mi casa y me mejore es salud entonces si se cumple la salud pero ahí no estaríamos hablando de derecho a la salud sino de acceso a la salud. Ahora si vos haces este proceso y te mejoras, después vas a la guardia y te hacen un seguimiento, vas a la escuela y también lo tienen en cuenta, al igual que en la unión vecinal, bueno ahí si estamos hablando de derecho a la salud.

Entrevista 10

Institución: Centro de Salud N° 31
Departamento: Luján de Cuyo

1. Qué es el consumo problemático?

El consumo problemático, es el consumo de cualquier sustancia, legal o ilegal y lo que tiene de problemático es la frecuencia del consumo. Y creo que se vuelve problemático cuando de alguna forma genera malestares, dificultades en el desarrollo de sus actividades cotidianas, el deseo de querer dejar un determinado consumo y el no poder hacerlo. Es muy amplio lo que puede llegar a ser problemático. A veces en una persona, algo se vuelve problemático, como en otras resulta no tan problemático. La verdad que el desarrollo del consumo problemático es bastante amplio, pero básicamente es cuando el consumo impide el desarrollo de sus actividades cotidianas, lo que le impide desenvolverse en su cotidianidad, desempeñar sus tareas habituales, como papa, como mama, como hijo, como trabajador, incluyendo y abarcando muchos aspectos muy diferentes entre una persona y otra. Tiene que ver mucho con la subjetividad y la particularidad del caso.

2. ¿Qué situaciones incluye en el consumo problemático?

En el consumo evidentemente están el alcohol, el tabaco, el consumo de elementos, es decir, somos una sociedad del consumo básicamente, no solamente de sustancias y actualmente con todo el alcance de la dinámica del capitalismo, el consumo de por si se vuelve algo complicado, pero principalmente las sustancias legales son el alcohol, el tabaco, y son las que se presentan con más frecuencia en las consultas.

Son bastantes diversas las situaciones que se pueden incluir en el consumo. A mí, lo que me llega principalmente acá, es el consumo como una forma de automedicarse, muchos procesos y síndromes depresivos, trastornos de ansiedad, insomnio. Terminan utilizando principalmente al alcohol, que es una sustancia sedativa, y en el día a día, el cigarrillo se vuelve al principio algo mas social, luego va generando una adicción, que cuando de alguna manera intentan suspenderla o disminuirla, se dan cuenta que la dependencia que han adquirido a través del tiempo es importante.

3. ¿Qué factores crees que influyen en el consumo problemático?

Influyen muchas cosas, desde la subjetividad de cada caso, la contención que puede haber dentro de cada persona. Estamos viviendo épocas en las cuales la gente, dentro del conjunto vive bastante sola. Entonces a veces el alcohol, el cigarrillo, y el consumo en general termina siendo una forma de descargar o para minimizar de alguna forma el malestar que está viviendo. Pero de alguna forma la vida en comunidad es algo que influye mucho en esto. Influye mucho en las patologías, el estar solo, el superar una determinada situación como un duelo por ejemplo, llevan a que se refugien en el consumo muchas veces.

4. ¿Se te ha presentado alguna situación de consumo problemático?

Sí. Como te digo, el consumo en general está en todas partes. Y de sustancias en particular, si se presenta. Como yo trabajo principalmente con el CPAA, generalmente los casos que a mí me derivan, o que me derivan los psicólogos son aquellos que están impidiendo el tratamiento de una adicción en particular, por ejemplo han venido casos,

donde hay alcoholismo con un trastorno depresivo de por medio, esquizofrenia, trastornos psicóticos, síndromes psicóticos en general, esos son los casos que principalmente me llegan a mí.

Y en el conjunto de pacientes que llegan al Centro de Salud, vos empezas a atender a uno por una depresión y después salta que hay un consumo que está influyendo en el tratamiento o recuperación de un determinado cuadro.

Generalmente cuando la familia hace la denuncia porque hay un consumo grave y no hay conciencia de enfermedad, es decir, que son causas graves, esos se judicializan y llega de un pedido judicial la necesidad de un abordaje, pero esos van generalmente al Carlos Pereyra. Y luego a través de la coordinación del Hospital, se articula con los CPAA.

- ¿Qué hiciste al respecto?

Generalmente cuando la patología de consumo no es tan intensa o de alguna manera el paciente tiene conciencia de enfermedad, y se puede manejar el tratamiento sin tanto control, trato de seguirlo acá en el Centro de Salud. A veces cuando uno da una medicación psiquiátrica por un consumo importante, es un arma de doble filo, entonces la mezcla principalmente de alcohol con cualquier fármaco sedativo puede generar un paro cardiorrespiratorio. A veces han habido casos en los cuales en la farmacia, sacan más medicación, entonces está el consumo de fármacos de manera desmedida, algo que no mencione al principio pero yo creería que esa es una de las principales, por lo menos las que se presentan acá en el Centro de Salud. Acá hubo mucho tiempo que no había psiquiatra; entonces el médico clínico repetía fármacos sin tener un control muy estricto sobre eso. Entonces mucha gente toma Clonazepam, desde hace muchísimos años y en esos casos uno trata de utilizar una medicación que de alguna forma genere menos dependencia, menos tolerancia, que trate de alguna forma a ansiedad, la angustia, un síndrome depresivo o lo que el paciente este padeciendo y de alguna forma evito la derivación.

Pero cuando veo que el caso es grave y hay muy poca conciencia de enfermedad y se necesita un abordaje más específico, no solamente el abordaje en sí, sino también la necesidad de hacer talleres, o de trabajar grupalmente, hago la derivación.

- ¿Consideras que el trabajo realizado fue interdisciplinario? ¿Por qué?

Sí, en realidad, no hay un sistema armado para que se trabaje de manera sistemática. Es un poco informal el trabajo en interdisciplina. ¿De qué forma? Por ejemplo, me llama el Dr. Juan, de acá abajo que acaba de ver a un paciente con ciertas conductas y el necesitaría que yo lo viera. El directamente hace la derivación y telefónicamente charlamos del caso y de alguna manera abordamos interdisciplinariamente.

Ahora, muchas veces sería necesario para abordar interdisciplinariamente un caso, que en el momento en que el paciente concurre a solicitar un turno, se pueda trabajar en la admisión con un psiquiatra, un psicólogo, un trabajador social, un clínico o en un segundo momento hacer una reunión o una interconsulta, para poder trabajar desde un primer momento en interdisciplina, sino es solo mi visión. Y hay ciertos conocimientos desde el Trabajo Social o desde la Psicología que en una admisión que yo estoy haciendo no lo estoy teniendo en cuenta o cosas que se me están llenando y yo creo que algo de la sintomatología que puedo estar viendo, puede ser abordada en un abordaje psicoterapéutico o que puede llegar a tener una reactividad más desde lo social, o de una problemática

familiar, pero si uno no va a indagar específicamente sobre eso, el paciente no siempre te trae esa problemática.

Por eso sería ideal, que de alguna manera estamos tratando de pensar y armar, siempre obstaculizado por la excesiva demanda, es que cuando un paciente viene a pedir un turno para salud mental, pueda desde el primer momento hacer una entrevista, un abordaje interdisciplinario. Porque si no se vuelve multidisciplinar. Yo hago la derivación al otro, el otro me hace la derivación a mí y yo al psicólogo y a veces se evita el trabajo en conjunto realmente, un objetivo en común y el intercambio a veces entre los distintos profesionales; si bien cada vez lo estamos haciendo un poco más, es algo que cuesta todavía.

El tema es que en este tipo de instituciones, al ser un Centro de Salud Cabecera, cuesta este tipo de abordaje. Por ejemplo, en el Centro de Adicciones no puedes trabajar si no es en equipo, entonces yo creo que la problemática a la cual se atiende, que la situación real de la institución, y muchas cosas, hacen que no se pueda dar el trabajo interdisciplinario y se vuelva multidisciplinar y quede ahí. Lo bueno es que si bien no es algo sistemático, se está dando y se puede ir aceitando. Porque por ahí la formación que nos da la facultad no es muy amplia. Entonces la posibilidad de trabajar en equipo interdisciplinario te abre las puertas para otro tipo de conocimiento, de abordajes. La realidad es que hoy en día, las situaciones problemáticas de cualquier persona o familia, tiene que estar abordada por todas las disciplinas. Todo tiene que estar abordado de forma integral, desde el caso más endógeno o biológico que lo esté generando, siempre hay una familia detrás que lo está conteniendo, siempre hay ciertos aspectos, de cómo el paciente se piensa dentro de lo que le está pasando. Yo te diría que en ningún caso se justifica el abordaje monodisciplinar. Y es una pena que el sistema nos haya acostumbrado así.

Yo hice mi residencia en el Hospital Pereyra, viste que en el Pereyra hacemos la residencia junto con Psicología y Trabajo Social, desde primer año que entramos empezamos a trabajar, entramos a la internación y al empezar a pensar un determinado caso, empezar a abordarlo desde el momento cero, sentadas tres personas pensándolo desde el paso inicial, se pueden abarcar muchísimos aspectos que en una entrevista monodisciplinar se te pasan de largo, por más conocimientos que tengas y por más abierto que estés a indagar sobre ciertos casos o por más sentido común que tengas y también las mismas entrevistas en conjunto te despiertan algunas preguntas que no se te habrían ocurrido antes, o hay entrevistas que se transforman en monótonas y si no nos dejamos interpelar por la persona o por el aporte de otros profesionales nos quedamos estancados ahí.

Yo creo que el consumo es una problemática muy compleja y que si bien hay cada vez más formas de abordaje o instituciones para abordarla, en la práctica cuesta mucho. Por eso sería muy bueno que en todos los CPAA haya psiquiatras, porque con la demanda que hay se hace muy difícil trabajar estando en instituciones separadas. Se pierde el trabajo en equipo. Y cuando haces derivaciones a otras instituciones el paciente se pierde. Pero también está el problema que la excesiva demanda te hace perder el ejercicio de sentarte a pensar. Yo cuando llegue al centro de salud tenía una lista de no menos de 150 pacientes que hacían nueve meses le repetían la medicación sin revisarlos nuevamente. Entonces en lugar de llegar y ponerse a hacer un abordaje de nuevos pacientes en forma interdisciplinaria, tenías que ponerte a resolver la situación de una persona que estaba en un supuesto tratamiento que a su vez había generado una dependencia a esa medicación,

porque nadie lo había revisado y le repetían la medicación todos los meses. Entonces desde el primer momento tuve que arreglar formas de abordajes mal hechas. Ahí te das cuenta que el mismo sistema genera una dependencia y una patología de consumo en el paciente por la mala modalidad del abordaje.

5. ¿Qué se debe hacer según lo que marca la institución frente a una situación de consumo problemático?

Nosotros acá en el centro de salud, principalmente todo lo que tiene que ver con problemáticas de consumo, estamos más abocados al Centro Preventivo de Adicciones, a través de la Dra. Parra. Se encarga principalmente cuando la problemática de consumo es algo preponderante dentro de una determinada patología. Evidentemente el consumo está en todas partes; cualquier paciente que nosotros vemos, a veces tiene un consumo problemático; pero cuando los casos son específicamente de consumo problemático, cuando es un factor preponderante en cuanto a la continuación del tratamiento o al cuadro psiquiátrico que lo está generando, ya sea una depresión o ansiedad, lo derivamos al CPAA y ellos se encargan de eso. A veces se necesitan de un abordaje más interdisciplinario. No solo desde la parte de psicología, psiquiatría, trabajo social, sino también de la parte medica antes de empezar el tema de la administración de algún medicamento.

6. Después del paso por la institución y del abordaje realizado, ¿crees que los sujetos logran acceder a un tratamiento frente a su consumo problemático?

Cuesta bastante, de por si lograr conciencia de enfermedad es algo difícil y lograr conciencia de enfermedad cuando hay otra patología de por medio, es más difícil aún. La verdad que es bastante difícil, yo he tenido algunos casos donde he hecho alguna derivación, dependiendo mucho del paciente y de la conciencia de enfermedad, que de alguna forma, trabajándola un poco han seguido, pero también hay muchos paciente que se han perdido entre derivación y abordajes, o que derivo al CPAA y ahí hacen una admisión y después el paciente no concurre más a los grupos. Generalmente cuesta mucho.

Lo que pasa es que también hay mucho manoseo institucional, porque no puede ser que en un CPAA no haya un psiquiatra que atienda las problemáticas específicas, y por ahí en las derivaciones o no vuelven al Centro de Salud, o cuando los derivas a otro CPAA, con otros psiquiatras no van. Y no por cuestiones de voluntad para hacer el tratamiento, sino por causas que no están a su alcance, el tema de llegar hasta allá, el pasaje, tener que organizarse, ver con quien dejan a los hijos para ir, entonces a veces nosotros nos damos cuenta que depende mucho del sistema, de las posibilidades que brinde.

También influye la cantidad de demanda que existe. Yo actualmente tengo una lista de espera de aproximadamente 15 a 20 pacientes y son muy pocos los que vienen a pedir turno para tratar una adicción, no son generalmente los que concurren de forma espontánea. Entonces en esa burocracia que existe, o la falta de recurso humano, muchos pacientes piden el turno y cuando llega el momento no van, o no es el momento en el que necesitan la atención y si no los atendemos ahí, se pierde el paciente. Y es el momento principal, porque ahí podemos trabajar la conciencia de enfermedad, la voluntad del paciente. Porque si el paciente no tiene voluntad para el tratamiento o no está dispuesto, no podes obligarlo, la misma ley lo dice.

7. ¿Qué es el derecho a la salud? ¿Qué abarca el derecho a la salud?

El derecho a la salud, es el derecho a acceder a la atención a la salud, que está compuesto no solo por el abordaje específico de una patología, sino tareas de promoción, de prevención además de la atención y de la asistencia que de alguna forma nosotros hacemos. Nos encargamos más de eso desde acá. Lo que está faltando es la parte preventiva y promocional.

Es el derecho al cuidado del equilibrio físico, psíquico y espiritual desde distintos ámbitos. Desde el que acude directamente solicitando una atención por una determinada patología, un espacio de escucha, hasta el que no accede, que eso se abarca principalmente con actividades preventivas y promocionales.

Creo que el derecho a la salud abarca muchas cosas, que haya profesionales para la atención, que haya instituciones, hospitales. Y también es importante que los profesionales tengan el espacio para abocarse al trabajo comunitario. Acá hay un discurso muy armado de la importancia del trabajo comunitario, pero generalmente se reclama mucho por la persona que va a pedir un turno y no tiene; esa es la persona que demanda. Y la que no demanda, también se le está vulnerando de alguna manera el derecho de acceder a la salud. Y hay como una creencia de que cuando se pueda atender a los pacientes que son producto de la asistencia, producto de la concurrencia a pedir turnos, uno pueda abocarse más a las tareas preventivas y promocionales, pero la verdad es que uno necesita empezar a trabajar sobre eso otro, para que de alguna manera empiece a disminuir la demanda y no al revés.

Acá si hay incentivo para que uno desarrolle tareas comunitarias preventivas y promocionales, pero si vamos a lo cotidiano de todos los días, yo llego acá a la mañana y tengo cubierto absolutamente todos los turnos que tengo para dar y además los pacientes que vienen a pedir turno. Este al ser un Centro de Salud Cabecera con todas las especialidades vienen muchas personas. Y a veces uno necesita mucho espacio para ponerse a pensar, planificar, y para formarse. Porque no tenemos mucha formación respecto al abordaje comunitario. Y yo creo que en ese aspecto es donde hay más falencias. Por ejemplo, ahora sería buenísimo que haya un psiquiatra más y otros psicólogos, para poder abocarnos uno o dos días a la semana a sentarnos a pensar y planificar y a elaborar proyectos desde lo comunitario y desde la participación de la comunidad, salir del consultorio, salir del Centro de salud. Porque a veces se dice, “sí, estoy haciendo tareas comunitarias, dando una charla o haciendo alguna capacitación en la sala de espera o brindando información” pero realmente en el trabajo de terreno quedamos muy lejos de lo ideal.

Entrevista 11

Institución: Centro de Salud N° 31
Departamento: Luján de Cuyo

1. ¿Qué es el consumo problemático?

Es toda una problemática muy compleja. No solo se trata de sustancias. Considero que es una enfermedad. Porque afecta al individuo, afecta a su sistema nervioso, su funcionamiento orgánico, produce alteraciones psiquiátricas, alteraciones orgánicas de las más variadas y a su vez, todas las consecuencias de eso que altera la convivencia familiar. Todo eso lo tenemos claro y desde esa óptica es como uno controla el problema.

2. ¿Qué situaciones incluye en el consumo problemático?

El consumo es una problemática muy amplia, se pueden incluir muchas cosas. A través de la experiencia en el Centro de Salud, he tenido la posibilidad de vivir muchas situaciones complicadas. Por ejemplo, hay pacientes con sobredosis que entran por guardia. En un tiempo la policía de la Regional 4° de Maipú, hacia una vuelta el viernes en la noche y el sábado en la mañana venían con 5-6-7 o 10, y yo cuando venía los sábados en la mañana, la policía nos traía jóvenes, algunos venían esposados, otros no, pero todos tenían características comunes, la mayoría eran y son jóvenes delgados, las condiciones de higiene deplorable, ninguno con el cabello corto, todos con el cabello largo, melenudo, cabello sucio, condiciones de higiene deplorables, los ojos inyectados, colorados con el consumo de droga, yo los hacía desvestir completamente para revisarlos, veía el cuerpo en forma general con escoriaciones recientes, y escoriaciones antiguas, cicatrizadas. Me contaba la policía que se autoflagelan para ir a la enfermería, eso implica la posibilidad de un llamado telefónico, de algún beneficio. Y bueno nos traían ese tipo de gente, y yo me hacía muchas preguntas, decía: “Dios mío, con esta gente tenemos que convivir.” Gente muy golpeada, gente que vaya a saber la historia de vida de cada uno de ellos, o porque llego a eso. Pero son todos estereotipados, son todos estereotipos. Ya te digo los ojos bien inyectados, que se veía que habían estado consumiendo, algunos esposados por ciertas conductas violenta, y de acá había que extender un certificado para establecer que no habían sido golpeados por la policía, salvo las lesiones que ya traían, que vos te das cuenta que son lesiones viejas o que no coincidían con lo que podían llegara hacerle los policías.

3. ¿Qué factores crees que influyen en el consumo problemático?

Yo creo que se trata de una problemática primero individual, también familiar, porque el paciente está inmerso en una familia, por lo tanto en una problemática familiar y obviamente social y laboral, porque esta gente que viene acá con esa problemática suelen ser de familias que no están bien constituidas, o familias que se han desintegrado prácticamente, por separación, de pronto te encontrás con familias numerosas, con muchos chicos, familias abandonadas, padres que han abandonado el hogar, situaciones de hacinamiento con frecuencia, donde hay situaciones de consumo de bebidas alcohólicas, índices de tabaquismo, hay familias en las que fuman todos los miembros hasta los más chicos. Y también hay consumo de otras drogas, de marihuana por ejemplo, es decir, son familias que vienen muy golpeadas, prácticamente desestructuradas, donde hay también mucha agresión verbal y física.

4. ¿Se te ha presentado alguna situación de consumo problemático?

Sí, he atendido.

• ¿Qué hiciste al respecto?

Dirigidos no han llegado, porque hay otros ámbitos del Estado que atienden esos casos. Pero si me han tocado pacientes con consumo de sustancias adictivas, como la marihuana, la anfetamina, eso es lo más común. Yo les hago la derivación correspondiente. Ahí nomás se pone al paciente en contacto con servicio social y con la psicóloga. Antes había acá un grupo de alto riesgo, el GAR, pero funciono un tiempo, después no sé porque lo sacaron. Igual eso era de maltrato específicamente.

En el tema del consumo, eso es lo que vemos con más frecuencia. Otro tipo de consumo la verdad que no lo vemos acá. Lo que si estamos viendo mucho acá, es un aumento de las enfermedades venéreas nuevamente. Como la sífilis, o el HIV. Pero eso ya viene diagnosticado y acá se les entrega alguna medicación o vienen a solicitar algún estudio o análisis de control. También se ven muchas patologías alérgicas y de piel.

• ¿Consideras que el trabajo realizado fue interdisciplinario? ¿Por qué?

Siempre coordinamos con diversas instituciones, es necesario que esto sea así porque nosotros acá en el centro de salud no podemos hacernos cargo de todas las problemáticas. Si no hiciéramos la derivación el paciente quedaría sin atención, lo que es muy grave.

Acá en el centro de salud los pacientes también son atendidos por el servicio social y por la parte de salud mental si es necesario. Siempre estamos comunicados, pero hay mucha demanda que nos excede.

5. ¿Qué se debe hacer según lo que marca la institución frente a una situación de consumo problemático?

Se recibe al paciente, se lo revisa y estabiliza y después los derivamos a la Trabajadora Social, para que lo evalúe y haga una visita al domicilio, si es necesario, actúen de oficio y contenerlo al paciente con el psicólogo, con el psiquiatra y ellos van a decir si es conveniente o no una internación. O hacen una derivación al Centro de Adicciones directamente. También es importante asistir a la familia. Acá se lo contiene mucho al paciente. Te digo que las Trabajadoras Sociales del Servicio son excelentes desde todo punto de vista, como personas y como profesionales. Hacen las visitas domiciliarias correspondientes, lo contienen al paciente. Si tienen que hacerlo ver con el clínico para que no tenga que venir otro día, se lo ve al paciente para solucionarle los problemas más urgentes, contenerlo básicamente. Muchas veces no queda otra que internarlo al paciente, y si es así, hay que derivarlo y se hacen los contactos pertinentes con las instituciones donde va a ir para asegurarse.

A veces nos ha pasado que han venido chicos y que han sido atendidos en la guardia directamente. En esos casos, la primera acción es evaluar si hay que tomar alguna medida inmediata para estabilizarlo, si es que el paciente esta descompensado, se toma y se hacen las cosas correspondientes, que puede ser hidratarlo con el suero, por ejemplo, o con oxígeno, si hay alguna descompensación de otro tipo, a nivel cardiovascular o respiratoria, si hay que hacer algún dosaje de sangre. Todo lo que se puede hacer desde el ámbito de la

guardia se hace. Si uno ve que la situación lo va a desbordar, llama al Coordinado, porque este tiene mayor complejidad y se suma a la atención y a todas las medidas que se toman en el momento. Y después al paciente lo trasladan en la medida de lo posible compensado, estabilizado, a internarse al Hospital Psiquiátrico, si así lo requiere. Si no se requiere internación, es importante no perder el contacto con el paciente, por eso se lo continúa viendo por consultorio externo. Esto implica el apoyo médico, el apoyo social, psicológico y psiquiátrico. Y si es muy grave se hace la derivación al Centro de Adicciones, y hay veces que hay que internarlo después de la atención en la guardia directamente; depende de la complicación va al Hospital General o al Hospital Neuropsiquiátrico. Muchas veces el paciente viene con una patología determinada y con una adicción y vos no sabes si mandarlo al Hospital Central, por ejemplo o al Hospital Psiquiátrico. ¿Qué es más prevalente? Su patología orgánica, su patología adictiva, ¿qué es lo más urgente? Entonces ahí uno está indeciso, obviamente que si el paciente viene con un delirio por consumo, lo mandas directamente al Psiquiátrico que se especializan en eso. Y un paciente que es alcohólico, pero viene con una cirrosis descompensada, ahí hay que atenderlo en un servicio de clínica médica primero.

6. Después del paso por la institución y del abordaje realizado, ¿crees que los sujetos logran acceder a un tratamiento frente a su consumo problemático?

Y mira, el consumo de marihuana ahora es un consumo abierto. Uno va por la calle y pasa alguien fumando y te das cuenta si es marihuana ahí nomás y ni hablar de las plazas, es decir, acá no viene el fumador de marihuana por el problema de marihuana, viene por otro problema. Puede venir por un problema digestivo, un problema respiratorio o un problema infeccioso, pero no vienen porque está consumiendo marihuana, vos te das cuenta. Porque uno ve al paciente, lo interroga y a veces el paciente admite que fuma marihuana y le preguntas si conoce los riesgos y el paciente no se siente afectado por eso, porque él no se siente mal fumando marihuana, vos le podés hablar de las consecuencias a largo plazo, pero no es un problema para él. Vos le explicas la posibilidad de un cáncer de pulmón, de un cáncer de testículos, la posibilidad de una disminución de la capacidad sexual, de una gran cantidad de situaciones que acarrearán las drogas, y nada. Es igual que cuando le hablas a un fumador, al gran fumador; acá hay fumadores que vienen con una EPOC, y le explicas porque están con ese EPOC y el paciente se va y sigue fumando. Es un adicto. Tendría que acceder a un programa para hacer la deshabitación correspondiente. Es necesaria la voluntad del paciente para poder acceder a un tratamiento, a un programa de ese tipo y también, está la cuestión económica. Con el alcoholismo pasa lo mismo. Acá vienen muchos pacientes que son bebedores excesivos, que son alcohólicos, que han hecho toda la carrera alcohólica y también los enfrentamos de esa manera, con la contención, con el apoyo del servicio social, si el paciente viene con otras patologías, todo lo que podemos hacer acá lo hacemos, para poder evaluar cómo está la función hepática, también el tema de su situación psicológica, para evaluar su relación con el consumo, con el alcohol. Y esos pacientes alcohólicos generalmente vienen acompañados, porque vienen con algún cuadro paranoico, con neuropatía alcohólica, o con una cirrosis ya instalada, aunque esté controlada. O sea que siempre detrás del consumo de drogas adictivas, hay una problemática familiar, una sociedad problemática sin ninguna duda. De modo que entender, abarcar y enfrentar el problema implica todo un abanico de acciones, o sea tenes que funcionar como un equipo, no queda otra.

7. ¿Qué es el derecho a la salud? ¿Qué abarca el derecho a la salud?

Es un derecho que todos los ciudadanos tienen. Es un derecho que tienen todos, cualquiera sea su condición social y económica. Es un derecho básico y elemental, de tal modo que no debe discriminar a nadie. Aquí puede venir el más rico o el más pobre y se lo atiende igual. No como algunos médicos. Como decía Favalaro: “Yo conozco médicos que en su consultorio particular usan camisas con gemelos, y en el Hospital o en el Centro de Salud, su camisa más ordinaria”. Ahí tenes la pauta de la ética y la moral del médico. Tenes que atender a todos por igual. Yo así como me visto estoy en todos lados, atiendo en mi consultorio particular y acá.

La salud es un derecho establecido, y todo ciudadano por igual, sin distinción alguna tiene que acceder. Tenemos la obligación de brindar salud a todo el mundo, al más amigo y al más enemigo; es una cuestión moral. En la Declaración de los Derechos del Hombre y de los Ciudadanos, está especificado el Derecho a la Salud y con las Revoluciones en Inglaterra, y en la Revolución Francesa en 1789, ahí se generó toda una revolución social, donde habían personas con ideas distintas, y todos los que llegaron de esa revolución vinieron con ideas revolucionarias y a luchar por la igualdad y por los derechos de todos los ciudadanos. Todos los que vinieron de Europa venían imbuidos de esas ideas, de los grandes de la Ilustración. Y más allá de los conceptos que tenían de los aspectos religiosos, el derecho a la igualdad era fundamental y la libertad de gozar de los derechos.

El derecho a la salud es antiquísimo, y se ha ido modificando y enriqueciendo. Porque una cosa es pregonarla y otra es hacerlo. Y yo creo que este momento, más allá de que todos tenemos el mismo derecho a la salud, no todos tienen el mismo acceso. Y no están los mecanismos en práctica y para compensar que no haya individuos que no tengan la posibilidad de acceder a la salud se dibuja todo. Hay un trecho muy grande entre el derecho y el acceso real, aun siendo una sociedad de privilegios. Yo creo que esto es un problema mundial. Hay países que están funcionando mejor que otros, pero es una realidad, una dura realidad. Y no es pesimismo, es ser realistas y consientes para desde ahí poder cambiar, transformar y avanzar. Es una cuestión de ideales, de convicción y compromiso social. Pero el medico que viene a trabajar al centro de salud tiene que ser consciente de esto.

Entrevista 12

Institución: Centro de salud N° 31
Departamento: Luján de Cuyo

1. ¿Qué es el consumo problemático?

Para mí el consumo problemático es cuando provoca un conflicto en la familia, cuando hay un riesgo en la familia, en los niños, en la esposa. Por ejemplo, en Ugarteche había mucha agresión de un marido con su esposa, entonces problemático es eso, cuando genera un riesgo en la familia.

Es una problemática que hoy en día es muy común, lo vemos a diario y tratamos de trabajar con esa problemática de consumo pero te diría que lamentablemente son muy pocos los que se recuperan, yo diría un 1% porque no hay mucha fuerza de voluntad, además el adicto no se reconoce enfermo, piensa que los demás lo consideran enfermo. Lo importante de la adicción es que la persona reconozca su enfermedad, es muy difícil hacerlo tomar conciencia, ese es uno de los problemas fundamentales.

Al ser el consumo problemático un consumo que afecta directamente a la persona y a su familia y otros ámbitos de su vida, ante esto, el servicio lo que brinda es el poder realizar el despistaje para luego derivar a los especialistas (el psiquiatra o el psicólogo) y al programa de adicciones de la ciudad o a los Hospitales en caso de que requieran internación.

Además de brindar la parte asistencial, en el servicio también se trabaja sobre la promoción, se dan charlas en las escuelas, hemos ido a Ugarteche con un cura y un psiquiatra, también la parte preventiva se trabaja.

2. ¿Qué situaciones incluye en el consumo problemático?

Sobre todo el alcoholismo, es lo que con mayor frecuencia nos llega, mucha población de Ugarteche con problemas con el alcohol y también estarían todas las adicciones como la cocaína, la marihuana entre otras sustancias ilegales.

3. ¿Qué factores crees que influyen en el consumo problemático?

Me ha tocado intervenir en familias que yo he hecho el seguimiento, y creo que los factores son el alcoholismo, la falta de empleo, problemas familiares, de pareja. La adicción al alcoholismo en la familia es como que se hereda. El hecho de estar en una comunidad como por ejemplo Ugarteche, se ve, como culturalmente se dan situaciones de este tipo porque es una comunidad en la que se consume mucho alcohol, al igual que en el trabajo termina siendo un espacio donde consumen mucho alcohol.

Hay muchos factores que pueden llevar a consumir pero principalmente son los problemas familiares y la falta de empleo.

4. ¿Se te ha presentado alguna situación de consumo problemático?

Sí.

- ¿Qué hiciste al respecto?

Hay equipos que abordan esta problemática, por ejemplo está el psiquiatra y si nosotros detectamos y vemos una problemática social, hacemos un informe y lo derivamos al psiquiatra y al psicólogo, que acá hay 3 y ellos abordan la problemática.

Hay un programa de adicciones, donde hay una Médica, una Psicóloga, una Técnica en minoridad y familia y una Trabajadora social, acá por Drumond, sino lo derivamos a Godoy Cruz o ciudad. Nosotros tratamos de hacer el despistaje porque nosotros no tenemos la formación específica para trabajar con esta problemática, entonces realizamos el informe sobre la problemática familiar y lo derivamos. Hay equipos que se ocupan específicamente del tratamiento del paciente.

Acá se hace la atención primaria, también nos hemos encontrado con gente que la trae la misma policía, y depende el horario que ingresa, se coordina con otros hospitales por ejemplo el Pereyra, el Sauce y si cuando la persona llega, están nuestros profesionales (psiquiatra o psicóloga) lo abordan ellos primero.

- ¿Consideras que el trabajo realizado fue interdisciplinario?

Sí, lo que hacemos tratamos de que sea interdisciplinario. Tratamos de trabajar en equipo, en red, si no es así el trabajo interdisciplinario fracasa porque para un mismo caso intervienen distintas instituciones. El trabajo debe ser en red coordinado de tu institución y las demás instituciones, si no lo haces es un fracaso el trabajo porque en forma individual no puedes abordar nada.

Una vez que llega el paciente con consumo problemático tratamos de hacerle la primer entrevista acá en el centro de salud.

Hay un programa que se llama internación Hospitalaria, cuando el paciente no viene por voluntad propia, hay que hacerlo por la fuerza pública, con este programa se establecen los medios para poder internarlo.

5. ¿Qué se debe hacer según lo que marca la institución frente a una situación de consumo problemático?

Llega el paciente al centro de salud, lo atienden nuestros profesionales y se realiza el despistaje en cuanto a cómo está constituida su familia, como llego a la adicción, luego se debe coordinar con el programa de adicciones o con el Hospital como el Pereyra cuando es que requiere una internación, cuando el paciente está muy descompensado. El profesional autorizado en derivar la internación es el psiquiatra.

6. Después del paso por la institución y del abordaje realizado, ¿Crees que los sujetos logran acceder a un tratamiento frente a su consumo problemático?

Es muy difícil, hay que trabajar mucho porque son muy reincidentes, salen del hospital y vuelven a su medio ambiente donde recaen de nuevo, por eso es muy difícil, hay que trabajar mucho con la familia y hacerle entender que es un problema de salud. Para esto el sistema ofrece el medio para realizar el tratamiento, luego depende mucho del paciente porque debe tomar conciencia. Es muy difícil lograr cambios.

7. ¿Qué es el Derecho a la salud? ¿Qué abarca el Derecho a la salud?

Es un derecho a tener todas las prestaciones, es decir, donde hay equidad, igualdad. La distribución de los recursos que llegue para todos que no haya distinción entre los pacientes.

Este sistema es muy burocrático es difícil que llegue a todos, pero nosotros que somos de atención primaria, somos los mediadores para que estos recursos lleguen a todos los pacientes, igual exige constancia del paciente pero todos tenemos derecho. Hay que hacerle tomar conciencia, y la salud es para todos, es un derecho que tienen todos y que sea más justo.

Entrevista 13

Institución: Escuela Técnica 4-104

Departamento: Luján de Cuyo

1. ¿Qué es el consumo problemático?

Yo con la psicopedagoga trabajamos juntas en esta y otra escuela y hemos estado coordinando con el CPAA de Luján y ellos nos han explicado un poco esto del consumo problemático y el cambio de terminología; esto de que antes se hablaba de adicción y ahora de consumo problemático, que no solo se trata de una droga-sustancia, si no también consumo problemático puede ser cualquier otra cosa que no es sustancia como por ejemplo la computadora, consumo de ropa, de compras, de lo que fuere, y como se vincula el sujeto a ese consumo, porque empieza a ser problemático y demás.

Hicimos el contacto con el CPAA porque teníamos muchos docentes que demandaban mucho de que en el curso giraba el discurso de los chicos de que “me compro un porrito” “que cuánto sale” y los docentes no sabían cómo enfrentar este tema, entonces nosotras organizamos una jornada de trabajo con la gente del CPAA y los docentes. Estaban presentes del CPAA Alicia Battaglia (TS), Graciela Parra (Médica) y Andrea Mercado (Psicóloga) ellas tres estaban en la jornada.

En la otra escuela fueron también a dar una charla y no fue bien recibida porque hay como una resistencia a pensarlo de esta manera, porque para los profesores lo problemático es la sustancia, entonces vienen con un chico y lo traen al servicio diciendo que tienen a este chico que ha fumado marihuana y que está re alterado en el curso, pero si pensamos, la marihuana es depresora del sistema nervioso central y por ende justamente el efecto es el contrario, entonces si viene alterado no es porque se fumó un cigarrillo de marihuana. Entonces son esas cosas las que nos muestran como la mayoría quiere encontrar un culpable de esta situación y además quieren saber qué hacer.

Cuesta que cambie la mentalidad del docente en este tema de consumo problemático y va a costar aún más si no viene desde la formación del docente. Es por esto que este tema no ha sido bien recibido en algunas escuelas, no es solo parte del docente, sino que creo que no sé si como sociedad estamos preparados para ver esto del consumo problemático de esta manera es decir no sólo sustancias.

2. ¿Qué situaciones incluye en el consumo problemático?

Incluyo no sólo las sustancias, sino todo aquello que genere adicción por ejemplo, conozco casos de chicos que se pasan toda la noche jugando a la computadora y eso es problemático, pero bueno él no lo vive como problemático porque dice que no le hace daño a nadie, entonces no lo vive de esa manera pero no se dan cuenta que pasan horas sin comer, sin dormir, entre otras cosas.

3. ¿Qué factores crees que influyen en el consumo problemático?

Yo creo que no hay uno, sino muchos factores, siempre vemos cuando empezamos a analizar la situación que es multifactorial este tema, como que se empiezan a ver mucho esto de que están solos, y pasan mucho tiempo solos, de que no hay un adulto que los acompañe para saber que pasa acá en la escuela, por eso es que hay mucha resistencia de los adultos en la escuela, dicen que no saben cómo actuar en estos casos, entonces no sé

qué hacer y por ende no hacen nada. Lo que más observo es eso que por ahí a los chicos no hay nadie que les sugiera hacer otra cosa o que se les proponga otra cosa, o sea nos quejamos de que están todo el día frente a la computadora pero no hacemos nada. Es que estamos en una sociedad de consumo, de “consumo”.

Tampoco los padres a veces saben qué hacer, entonces yo creo que es como mucho de esto de que los adolescentes hacen lo que pueden y en ese poder obviamente que también influyen los pares, el entorno, porque nosotras hablamos con los chicos acá y una gran mayoría consumen marihuana, y por ahí no saben ni por qué lo hacen, porque lo probaron y listo, porque les divierte o porque se quieren olvidar de los problemas, se relajan o porque no pueden hablar de lo que les pasa y es una forma de pasar el momento. Cuando nosotras problematizamos un poco en las entrevistas este tema, preguntando por ejemplo ¿por qué necesitas de esto? Tanto sea el alcohol, el porro, el cigarrillo, lo que fuere, siempre tienen armado un discurso, te afirman que la marihuana hace bien por ejemplo y esta cuestión de que el adolescente cree que sabe más que todos sobre estas cosas es lo que le genera mucho miedo al adulto porque ellos vienen con este discurso de que la marihuana hace bien, de que la van a legalizar y demás, entonces el adulto empieza a entrar en esto y se asusta también, se horroriza y se corre, no hace nada y deja a la escuela que trabaje, y no hace lo que debe hacer como papá y mamá.

4. ¿Se te ha presentado alguna situación de consumo problemático?

Sí.

• ¿Qué hiciste al respecto?

Primero hablamos con los chicos y tratamos de indagar si sólo ha probado, si realmente tiene un consumo sostenido. Después citamos a los papás y vemos si ellos están en conocimiento y de acuerdo a eso se hacen derivaciones, por ahí depende si tienen obra social, porque el CPAA no trabaja con obras sociales, entonces se derivan a tratamiento externo, que a veces también es dificultoso conseguir turnos. Yo en otra escuela que tuve un problema así como importante coordiné con el CPAA y ellos me facilitaron una nota que se presenta en las obras sociales para que te cubra el tratamiento en una institución de adicciones, entonces yo hice toda la gestión y la obra social se lo cubría. Pero bueno por ahí también hay que sostener ese tratamiento porque por ahí no van porque acá en Luján no hay, entonces bueno tratamos de que al menos haya un tratamiento psicológico detrás.

• ¿Consideras que el trabajo realizado fue interdisciplinario? ¿Por qué?

Con la Psicopedagoga, tengo la suerte de coincidir en los días la mayoría de las veces, pero eso no pasa siempre. Igual tratamos de trabajar juntas estas situaciones y por ahí los coordinadores pedagógicos son como los que captan las situaciones entonces ellos nos derivan las situaciones a nosotras dos y ahí nosotras trabajamos. Somos como dos equipos separados que tratamos de interactuar ya que no hay un día en el que estemos los cuatro.

Cuando nos reunimos, nos preguntamos qué hacemos con tal o cual situación. Yo siempre digo, inclusive que tenemos que construir entre todos porque la verdad que una propuesta para situaciones específicas en los chicos, si sale de uno solo va a ser muy parcial la respuesta. Entonces, al chico que está en la escuela, todos lo conocemos desde el preceptor, el profesor, los compañeros, entonces tratamos de involucrarlos a todos

inclusive los directivos, nosotras como equipo de orientación, entonces con la mirada de todos podemos ver que se puede hacer con esta situación que tenemos con ese chico.

Pienso que en el equipo falta la mirada de un psicólogo que no tenemos y que sería muy importante tenerla, porque es distinta la mirada que aporta un psicólogo, una psicopedagoga, el trabajador social, o sea es distinta y enriquecería mucho el trabajo interdisciplinario en las escuelas, pero bueno nosotras todavía no contamos con la suerte de tener un psicólogo.

5. ¿Qué se debe hacer según lo que marca la institución frente a una situación de consumo problemático?

Tenemos un protocolo que salió este año, un protocolo nuevo porque como han ido cambiando muchas cosas en estos años, inclusive leyes, es que salió este año el protocolo nuevo. El año pasado se trabajó con el protocolo que fue a nivel consultivo en todo Mendoza, es decir, se trabajó en todas las escuelas a nivel consultivo, fue un proceso donde cada uno podía aportar y este año salió ya el protocolo con esos aportes. En realidad no le llamamos protocolo sino que son “Guías de procedimientos” porque es orientativo de muchas situaciones, no sólo de situaciones de consumo problemático sino también del uso de armas, de maltrato, de abusos, entre otras cosas.

6. Después del paso por la institución y del abordaje realizado, ¿crees que los sujetos logran acceder a un tratamiento frente a su consumo problemático?

Siempre tratamos de volver a la situación después del trabajo realizado desde el servicio para ver que pasó, pero no siempre se llega a poder hacer eso, por varias razones, una de ellas es el tiempo, y vemos que a veces sí hay respuesta por parte de la familia y a veces no hay respuesta porque los chicos no quieren hacer el tratamiento, no hay constancia, entonces por ejemplo en el CPAA no hay obligación de hacer el tratamiento porque necesitan el consentimiento de la persona, lo mismo que para un tratamiento psicológico que se necesita el consentimiento de la otra parte, entonces un poco hasta ahí nomás llegamos y llega nuestro trabajo y esto mismo es lo que después vuelve a la escuela. Nuestro reclamo es que seguimos teniendo a los chicos en el curso que siguen estando en la misma situación y ahí es cuando se ve un límite y esto no sólo nos pasa con este tema sino con todos los temas que se trabajan en la escuela, es decir, no sólo cuando se nos presentan situaciones de consumo problemático sino cuando hacemos una derivación simple por alguna situación y bueno a veces no se hace el tratamiento y no hay cambios, entonces la mirada de la escuela es como que tiene que seguir sosteniendo estas situaciones.

Y con la Psicopedagoga, trabajamos mucho no sólo con las familias sino con los profes para que entiendan que estos cambios no son de un día para otro y sobre todo por el reclamo constante que ellos nos hacen, esto de “bueno si ya lo derivamos al servicio de orientación que pasa, ¿ustedes que hicieron?, ¿hacen algo?” sumado a que todo cae al servicio de orientación. Entonces desde ahí viene nuestra insistencia de construir entre todos, porque la verdad es que los responsables somos todos, yo siempre digo “devolvamos la pelota” porque ellos, los profes, también tienen algo para hacer.

Yo he trabajado en otros ámbitos y veo que en lo educativo, y me choca mucho, hay como demasiada demanda constante de los adultos que es bastante cansador porque uno se va bastante agobiado, sumado a que uno se queda preocupado por el chico cuando los ve mal, los ves en situaciones difíciles, encima la problemática que traen, que vos lo dejás al chico y no sabes si va a ir al tratamiento, si lo va a poder hacer y la problemática de los adultos que te supera más, porque el adulto tendría que tener herramientas que a vos te ayuden y no que vos estés atrás del adulto, entonces agota más trabajar con los adultos.

En fin esto de si acceden o no al tratamiento es como difícil de decir por varias cosas como lo decíamos, la familia y su acompañamiento, las instituciones en general, situaciones que no se conocen y demás.

7. ¿Qué es el derecho a la salud? ¿Qué abarca el derecho a la salud?

Yo creo que el derecho a la salud lo deberíamos tener todos, esto de que siempre se separa a la salud, lo psicológico de lo biológico por llamarlo de alguna manera y como que por ahí cuando uno trabaja con una familia te dicen “pero es que yo lo llevo al médico” y por ahí ves que ni lo llevan al médico, esto de que acá en la escuela se hincha con las faltas de que presenten certificado médico es por esta razón para tener un panorama de su salud. Vos los ves a los chicos que por ahí están enfermos, con gastroenteritis por ejemplo y no los llevan al médico porque para los padres es una simple gastroenteritis. Nos pasó con un chico que repetía síntoma de gastroenteritis, entonces yo le decía al papá “¿Pero lo llevó al médico?” y me contestaban “no, si es una simple gastroenteritis” y yo le preguntaba si no había pensado que por ahí el hecho de que repita gastroenteritis tenga un contenido psicológico, que por ahí sea por una situación de nervios y las respuestas eran “no, mi hijo no tiene ningún problema, es gastroenteritis porque comió algo que le cayó mal y listo”. Entonces no lo llevan al médico, no lo llevan al psicólogo, cuando es un chico que nosotros lo conocemos que tiene una angustia tremenda, entonces esto de la salud hasta es difícil construir entre todos. Este tema es en lo que yo hago más hincapié, esto de que el derecho a la salud también abarca lo psicológico, que forma parte de la salud y del bienestar y que también lo trabajamos con los chicos porque nosotras hacemos una derivación y necesitamos el consentimiento de los chicos, es decir que primero lo trabajamos con ellos, y así y todo los padres no.

Hay derecho pero la pregunta es ¿Para quién? ¿Cómo? Y ¿De qué manera? Uno hace todo lo que puede pero queda ahí nomás. Eso también pasa mucho en las escuelas porque en este sentido la escuela hace la derivación y no solo en este tema, sino en general, se hace la derivación y la mayoría de las veces queda atascada la derivación y cuesta destrabarlo porque evidentemente el proceso de la salud es otro. Venís trabajando con el chico, haciendo un proceso pero no alcanza porque necesitas de otro acompañamiento.

Lo veo en la diferencia que se hace cuando un chico no viene a la escuela yo tengo que ir, perseguir, indagar para que vuelva a la escuela, buscar el consentimiento del chico para que vuelva a la escuela, pero acá en la escuela no entienden que yo lo puedo motivar al chico para que vuelva pero no lo puedo obligar. Entonces la escuela trabaja desde ese lado, pero no trabaja con el derecho a la salud porque está en el ámbito privado de la familia, es decir, si lo quieren llevar al médico lo llevan sino no, entonces es más difícil pretender que se cumpla el derecho a la salud.

Entrevista 14

Institución: Escuela Técnica 4-104
Departamento: Luján de Cuyo

1. ¿Qué es el consumo problemático?

Pudimos contactar con el CPAA, hicimos una jornada donde nos explicaron a los del servicio de orientación como también a docentes y directivos esto del consumo problemático y pude entender que ya no se habla de adicción, sino de consumo problemático porque abarca no solo a las sustancias, tanto legales como ilegales, sino también otras cuestiones. Este concepto desmitifica que el uso de la marihuana o alguna sustancia es el consumo problemático, se habla de que en realidad es más abarcativo que la sustancia. Tiene que ver con aquello que me impide tener una vida libre. Es aquello que me ata o me sujeta a no estar bien y que lo hace problemático realmente.

Para los profesores esta postura es muy difícil de entender porque corre de lugar al “porrito” para ver a la persona, lo que le está pasando a la persona, entonces por ahí dejar de lado lo más llamativo no es tan fácil.

Todos quieren saber qué hacer ante estas situaciones, cuando en realidad no hay una receta, como decir bueno tenés que seguir tal protocolo y hacer tal o cual cosa. Cuando en realidad es trabajar con el chico, empezar a hablar, a relacionarse con él y ver qué se puede hacer desde el lugar que tiene cada uno porque el profe tiene también una parte importante de trabajo en el aula, tanto el profe como la escuela en general. Entonces todos estamos implicados y podemos hacer algo. Lo que pasa es que los profesores derivan porque les llegó un rumor de que consume y lo traen acá al servicio de orientación y pretenden que nosotras hagamos algo y que en un mes el chico se haya recuperado y no es así en realidad, pero ellos se manejan en esos términos y cuesta que cambie esta mentalidad.

2. ¿Qué situaciones incluye en el consumo problemático?

No sólo las sustancias, sino que depende del vínculo que el sujeto tenga con el objeto. Hablamos del abuso de la computadora, a los jueguitos, a la “Play”, al Facebook. Es una cuestión muy grave que se pasen toda la noche jugando.

3. ¿Qué factores crees que influyen en el consumo problemático?

Uno de los factores es que no les damos actividades a los chicos, ni les proponemos un espacio para que tengan otro tipo de ocupaciones. Cuando hablamos con los padres, a veces trabajan mucho y no tienen tiempo para acompañarlos a hacer un deporte, entonces es también una problemática del momento social en que se vive, ya que se trabaja mucho y en realidad se llega a la noche y no hay tiempo para nada.

Es difícil para los padres que vivieron en otra época y que a la vez tienen que buscar estrategias para ayudarlo. Entonces entiendo que la familia es uno de los factores más importantes que influyen en las situaciones de consumo problemático.

Justo la otra semana trabajamos una situación de un chico que había estado consumiendo, que lo habían encontrado fuera de la escuela y bueno los citamos a los papás y la mamá nos dice “pero es que él no tiene ningún motivo para hacerlo” y cuando empezamos a indagar la situación familiar vimos que al chico era lo mejor que le salía ante la situación que estaba viviendo, y esto se da también porque a veces uno es negador de

esta situación y no se da cuenta por el mismo ritmo de vida que se lleva por un montón de cosas que están en la sociedad misma, por consumos que son legales, permitidos y que lo hacemos, por ejemplo, el celular es algo que estamos todos usando, no es sólo de los adolescentes, en los cursos los profesores se viven quejando de que están todo el día con el celular y vos ves y en todos lados donde vas están todas las personas mirando los celulares y esto es algo que nos incluye a todos.

4. ¿Se les ha presentado alguna situación de consumo problemático?

Sí, todo el tiempo.

• ¿Qué hiciste al respecto?

En un principio hablamos con el chico, hicimos entrevistas para saber si solo era para probar o si tenía un consumo prolongado. De acuerdo a eso citamos a los papas para saber si conocen esta situación o no y hacemos las derivaciones. Es importante tener en cuenta el trabajo con las familias, es decir, informarlos y orientarlos si lo necesitan.

Se intenta hacer un seguimiento de los chicos pero se nos complica porque es mucha la demanda para poca gente ya que nosotras hacemos 6 horas cátedras cada una que son 4 horas reloj que no es nada para la cantidad de alumnos. Entonces estamos acá los martes y no nos paramos de la silla porque empiezan a llegar chicos que los han mandado por distintas situaciones, pero bueno a veces es poco el tiempo que tenemos. En las otras escuelas los cargos son de 12 horas que también terminan siendo pocas para la cantidad de alumnos que son. Acá en esta escuela son 800 alumnos es muy grande la escuela y tenemos poca carga horaria, desde que yo he entrado que están tratando de poner más horas y todavía no se consigue, y eso depende de lo político y de voluntad ya que es un cargo que se empieza a pagar pero esta escuela está en desventaja porque casi todas las escuelas ya tienen cargos de 12 horas. Creo igual que ya está por salir porque la verdad con 800 alumnos es imposible.

• ¿Consideras que el trabajo realizado fue interdisciplinario? ¿Por qué?

Los miembros del servicio somos cuatro, la Trabajadora social, dos coordinadores de los cursos que son profesores de Ciencias de la Educación y yo. Pero en realidad nunca estamos los cuatro juntos. Yo estoy siempre trabajando todas las situaciones con la Trabajadora Social. Somos como dos equipos separados porque si no, no alcanzamos a atender todas las demandas. En realidad ellos captan las situaciones y nos las derivan a nosotras.

Este año no hemos hecho ni siquiera reuniones de equipo, en otros años si lo hemos hecho. Está previsto que este año nos juntemos, pero lo que pasa es que una de las coordinadoras viene sólo un ratito porque da clases también en esta escuela entonces charlamos unos minutos nomás y nos ponemos de acuerdo y nos manejamos con un cuaderno de comunicaciones y el otro coordinador de vez en cuando viene y nos comenta lo que ha visto y lo que ha pasado o si no nos deja anotado, pero sí tratamos de trabajar comunicados y los coordinadores tratan de no trabajar solos en estas situaciones porque ellos no son profesionales de la salud y por ahí estas situaciones los exceden, el no poder hacer derivaciones por ejemplo.

La otra cosa es que los preceptores también son una herramienta importante porque ellos captan también, el estar en el diario con los chicos, el vivir cotidianamente con los

chicos pueden ver las cosas más de cerca, ver cómo un chico llega todos los días, si ve que se duerme en el aula, si tiene alguna situación extraña como los ojos rojos, por ejemplo. Todo eso te lo puede decir el preceptor que lo ve con el profesor, entonces ellos generalmente nos comentan y estamos en contacto.

Para mí es muy rico trabajar con la Trabajadora Social, por ella tiene una mirada de lo social que me enriquece mucho contar con esa mirada que yo no lo tengo tanto al ser psicopedagoga, creo que en cuanto al aprendizaje me limito mucho a eso y muchas veces en esto del consumo hay problemáticas familiares que me ha servido mucho trabajar con ella para entender y ver cómo desde ese ámbito influye mucho en el chico en la escuela, su entendimiento, su trabajo cotidiano. Creo que si ella no estuviera me costaría mucho más porque ahora nos podemos complementar, podemos preguntarnos ¿qué te pareció? ¿Cómo podemos trabajar?, etc.

Porque aparte nadie tiene la herramienta única para trabajar, porque cada chico es un mundo, una historia, una situación, una familia y por ahí se te presenta algo y uno se pregunta ¿Cómo lo abordamos?. Porque lo tratamos de hablar y trabajamos con el chico y con la familia, capaz que una da una idea por un lado, la otra aporta otra visión y eso la verdad ayuda mucho.

5. ¿Qué se debe hacer según lo que marca la institución frente a una situación de consumo problemático?

Tenemos un protocolo, que para nosotras en una guía para proceder en casos como el consumo. Salió primero un borrador de esa guía el año pasado, hubo una instancia de consulta que se trabajó un día, y este año ya salió el definitivo.

6. Después del paso por la institución y del abordaje realizado ¿Crees que los sujetos logran acceder a un tratamiento frente a su consumo problemático?

Depende de muchos factores. Del tiempo, de la familia, de los amigos, del acompañamiento para hacer el tratamiento, etc. Por ahí, el tratamiento lo empezó el año pasado y recién ves que el chico logra la madurez o ves cambios cuando ya pasó a tercer año o está saliendo de la escuela y el profe quería que ese cambio fuera el año pasado y no fue así porque el proceso de cada familia y de cada individuo es distinto.

El otro día un profesor nos había dicho: ¿ustedes que están esperando para hacer algo? Y es como que todos tenemos que hacer, si vos tenés un alumno en tu curso que está con una problemática de consumo o cualquier problemática, tenés que sentarte aunque sea un minuto para hablar con él o buscar la forma, porque esto que parece tan sencillo, no lo es y no se hace. Cuesta mucho entender en las escuelas la función del servicio de orientación, directamente te encajan lo que venga. En un momento tuvimos que explicar que no éramos de emergencia porque nos traían a los chicos descompuestos.

Yo creo que el acceder o no al tratamiento depende de varias cosas, desde un principio, los tiempos de las instituciones son diferentes.

7. ¿Qué es el derecho a la salud? ¿Qué abarca el derecho a la salud?

Yo pienso que el proceso de la salud es como muy lento, que lo ideal sería que hubiera una organización mejor en cuanto a los turnos por ejemplo, a todas estas cosas; porque vos empezas un proceso con el chico y quizás porque le dan un turno de aquí a no se cuantos meses, se cortan un montón de procesos y a la vez se podrían evitar otros, se podría trabajar mejor con la familia. Yo sé que todo tiene que ver con lo político, con lo social, con el sistema, pero eso agrava la situación porque si un chico no recibe el tratamiento correspondiente, a su tiempo, se va dilatando hasta llegar tal vez a un fin que uno no quiere porque no logró tener el tratamiento a su tiempo cuando realmente lo necesitaba, o porque no se pudieron trabajar ciertos aspectos que se tenían que trabajar en ese momento. Eso es lo que a mí me parece mal del sistema que a veces la persona queda relegada porque hay paro por ejemplo y esto no se da sólo en lo público porque hemos tenido experiencias que en lo privado también demoran mucho, entonces es ahí cuando nos cuestionamos esto del derecho a la salud.

Entrevista 15

Institución: Escuela José Daniel Vázquez 4-019

Departamento: Las Heras

1. ¿Qué es el consumo problemático?

Nosotras hicimos un taller con los chicos de segundo año por algunas situaciones que se habían planteado en el colegio, y en el taller se empezó a hablar un poco de esto del uso, abuso y dependencia. Cuando empezamos a trabajar con los chicos, la idea era sondear un poco que opiniones, que experiencias, que conocimientos tenían en relación a estos temas. Se tocó el tema de las drogas, el alcohol y poder ir ampliando un poco el tema de las drogas y que se entiende por droga, y ver qué concepciones traían los chicos también. Pero a pesar de la experiencia que tuvimos sabemos que fue simplemente una actividad introductoria y haría falta poder seguir avanzando en eso.

La idea sería poder seguir trabajando con la temática en función del tiempo y las demandas que vayan surgiendo. La idea era hacer 2 o 3 talleres pero por el tiempo que tenemos como servicio y como equipo, a veces, se dificulta. Este año, fue la primera experiencia que tuvimos y se planteó hacerlo con primer año y con cursos de la mañana también. Quizás quede solo en esto, en sólo una experiencia con distintos cursos y quizás como es la primera actividad diríamos como introductoria y a partir de ahí seguir avanzando, vemos que está bueno como propuesta, pero tal vez tendríamos que descentralizarlo un poco, quizás que los profes se puedan sumar y seguir trabajando enriqueciendo estos espacios. Nosotras como equipo no podemos cubrir toda la población de la escuela, ya que son 600 aproximadamente.

2. ¿Qué situaciones incluye en el consumo problemático?

El alcohol, la marihuana, la cocaína y el tabaquismo. Todo lo que tiene que ver con adicciones, de depender de algo, de sustancias que puedan llevar a depender.

3. ¿Qué factores crees que influyen en el consumo problemático?

Hay cuestiones que tienen más que ver con la profundidad de la problemática, que en realidad nosotras por lo menos en el taller no lo pudimos visualizar, una cuestión más general y quizás el tener en cuenta que un chico que a lo mejor cae en una adicción, habla de cierta dificultad para hablar, para decir ciertas cosas, para poder poner palabras. Esto lo hemos tomado en alguna capacitación que hemos hecho en diferentes momentos pero sobre todo poder entender la profundidad o qué necesidad o carencia presenta ese chico, la familia o su entorno que puede llevarlo a caer en el consumo y quizás poder empezar a blanquear un poco esta situación, quizás eso lo trabajamos no tanto en un taller pero si en un caso puntual que surge, poder indagar en ese chico y ayudar a la familia. En estos casos hacemos derivaciones ya que el colegio no hace tratamiento, el servicio de orientación no hace tratamiento, pero poder orientar a ese chico y a esa familia frente a una situación de este estilo.

Generalmente en lo que es familia y demás lo vemos en familias por ejemplo con poco diálogo, con estructuras muy rígidas, con los límites pocos claros o muy difusos o relaciones parentales en conflicto. Pasa también en aquellas familias con horarios laborales de los padres que dicen “bueno yo confío que mi hijo está estudiando” o “no sabía que estaba en esto” esto también hace que pensemos en que la familia es un factor muy

importante a la hora de hablar de chicos con consumo problemático como también el grupo de pares, el valor que tiene el grupo de pares para los adolescentes que viene a ser como su seno, el lugar que más los recibe y donde están, son y donde pertenecen, mucho más a veces que en la familia por el momento de edad que ellos atraviesan. Entonces el grupo de pares tiene como gran influencia, y si tienen un grupo de pares en el que ya existe un conflicto con esto, yo creo que hay bastantes posibilidades de que el chico consuma y estén implicados en esto.

4. ¿Se les ha presentado alguna situación de consumo problemático?

Hemos tenido un episodio con un porro que habían fumado en el baño, pero fue sólo eso, realmente en esta escuela esto no es un tema tan importante, y fue a partir de ese episodio que pensamos en hacer alguna acción preventiva que pueda servir en la escuela, por eso empezamos con segundo año y a indagar un poco.

• ¿Qué hiciste al respecto?

Nosotros nos planteamos ante esto, una necesidad, una demanda institucional donde teníamos que responder con una acción grupal, que es lo que nosotros hicimos con los talleres, y de esta manera logramos tener una mayor cobertura, porque trabajamos con todos los chicos de segundo año desde lo preventivo. Y ahora, dada la importancia de la temática, creo que seguiríamos trabajando desde lo preventivo, también a modo de diagnóstico para ver con que panorama nos encontraríamos y en función de eso poder establecer otras acciones.

• ¿Consideras que el trabajo realizado fue interdisciplinario? ¿Por qué?

Nosotros trabajamos de manera interdisciplinaria, esto de tener un día de reunión y tener el espacio para poder reunirnos para poder consensuar algunas situaciones, casos puntuales. Esta propuesta de trabajar con talleres ha ido surgiendo a raíz de la experiencia del año pasado, la idea era poder arrancar el año pasado pero no se pudo hacer. Este año logramos madurar un poco la propuesta y llevarla a la práctica pero también es producto de todo un camino que se va construyendo. Yo creo que esto lo hemos ido madurando como grupo, como equipo y a veces por cuestiones de tiempo no nos podíamos organizar, pero este año hemos podido consensuar un día para reunirnos y eso ayuda un montón para poder tener una visión un poco más amplia de todo el colegio, esto de que la escuela tiene dos turnos hace que sea más complicado saber que pasa en el otro turno porque no estamos, la verdad que esto de las reuniones en equipo ayuda mucho a tener esa visión más global de todo el colegio. Igual creo que faltan otras disciplinas, como el psicólogo, por ejemplo.

5. ¿Qué se debe hacer según lo que marca la institución frente a una situación de consumo problemático?

Tenemos un protocolo de intervenciones en situaciones riesgosas que habla el tema del uso de armas, de si llegan chicos intoxicados, si hay situaciones de violencia, en realidad es muy amplio. Este protocolo llegó el año pasado como una actualización de un protocolo anterior que se construyó con diversos actores institucionales que llegaron por una convocatoria provincial que lo pidió la DOAIT y después de eso mandaron el protocolo al que tenemos acceso sin problemas. No es un protocolo muy puntual sino que se utiliza más bien como guía que normatiza la escuela, esto de cómo tengo que actuar, a

donde tengo que llamar, quiénes tienen que intervenir, eso te va pautado el accionar y la verdad que eso te ayuda un montón.

6. Después del paso por la institución y del abordaje realizado ¿Crees que los sujetos logran acceder a un tratamiento frente a su consumo problemático?

Se supone que si hiciste una derivación después haces el seguimiento para saber si está en tratamiento o no, en realidad es el seguimiento que debería poder hacer el colegio. Pero es mucha la demanda y a veces terminamos actuando sobre lo urgente y lo importante a veces se va dejando de lado. Entonces hay situaciones en las que intervenís y otras en las que a lo mejor se maneja del mejor modo posible, ya sea actuando con la intervención del preceptor y la profesora de ese momento en la clase pero bueno tenés como ciertas limitaciones que te condicionan.

7. ¿Qué es el derecho a la salud? ¿Qué abarca el derecho a la salud?

Yo me lo planteo esta pregunta un poco en relación al área de lo que es salud mental, que a veces suele suceder mucho que uno ante una situación que se presenta, va conociendo al chico con la problemática y el trasfondo que hay y cuánto cuesta lograr que hagan una consulta, un par de sesiones, que es solo para orientar a ese chico, a esa familia y a veces un chico cuando tiene un problema físico u orgánico es mucho más fácil de detectar o de acceder a un médico, de hacerse ver o tratar, pero cuando tenemos otras problemáticas, que tienen otra complejidad y que corresponden al área de salud mental, una disfunción a nivel familiar sintomatizando en el chico y que necesita un tratamiento, cuesta mucho que los papás lo puedan ver, que puedan entender cuál es la dificultad que ese chico trae y la necesidad de poder hacer una consulta y recibir asesoramiento, es como difícil de manejar y de poder tener una visión un poco más amplia, es decir, no es sólo que esté bien, que este bien comido, alimentado, sino que él emocionalmente y mentalmente se sienta bien, entonces esto es más complejo. Por ahí es también una cuestión de conciencia de toda la población y para trabajarlo con toda la población, esto del cuidado desde lo físico y desde lo personal, mental.

Entrevista 16

Institución: Escuela José Daniel Vázquez 4-019
Departamento: Las Heras

1. ¿Qué es el consumo problemático?

Conozco la temática a partir de lo que se está trabajando en la escuela a partir de un programa a nivel nacional. Se hizo una capacitación interesante en el Bustelo para los miembros del Servicio y para el personal directivo. Se planteó un cambio de mirada, ya no focalizarse sobre lo que se consume, sino sobre la persona. Estuvo bastante buena la capacitación. La idea era que el personal que asistía desde la escuela le transmitiera al resto el lineamiento de trabajo. Eso ha costado transmitirlo y trabajarlo a nivel institucional. Yo fui en representación de la escuela, traslade todas las ideas al equipo, a la directora. Hicimos un trabajo a partir de eso con los chicos de segundo año, pero quedo ahí. Ahora lo está retomando una profe de Matemática a partir de las estadísticas con los chicos. Pero es difícil. Hay una política nacional, que la idea es que baje pero esta medio aislado en la escuela.

Según lo que escuche en la capacitación, lo que me quedo es que vivimos en una sociedad que no promueve hábitos saludables. Por ahí desde la escuela el lema sería la promoción de hábitos saludables, el no decir “no fumes porque te vas a morir”. El consumo problemático es la carencia de hábitos de vida saludables. Un poco de deporte, cuestiones que tienen que ver con lazos afectivos, la carencia desde la casa, el acompañamiento. Eso es lo que me quedo de lo que sería el consumo problemático... “la falta de cuestiones saludables”.

2. ¿Qué situaciones incluye en el consumo problemático?

Todo lo que digo es desde lo que escucho. No sé muy bien. El alcohol, los chicos toman. Ya no es una parte más de las salidas, sino es el motivo de las juntadas, es ver quien toma más. También me da la impresión que por ahí el tema de fumar marihuana. Por ahí en nuestra época el que fumaba cigarrillo ya era un consumidor. Y ahora la cosa está en fumar marihuana. Pero me parece que lo problemático es el alcohol.

3. ¿Qué factores crees que influyen en el consumo problemático?

Yo creo que por ahí los modelos que se venden. Los chicos están muy conectados con la imagen. Las publicidades. Pero lo más importante es la ausencia de un papá, una mamá que oriente, que aconseje. Que les diga mira esa publicidad, que te parece, está bien o está mal. Que les dé lugar al diálogo, esto se podría prevenir. Me parece que los roles y actitudes paternas ocupan un lugar muy importante. Por ahí, hay papás que tienen 35 o 40 años que son papás “adultocentes”; que están mirando la TV con un vaso de cerveza en la mano, diciéndole al hijo: “no consumas” y él es el primero que esta con un vaso en la mano a las 3 de la tarde. Sí. Me parece que los padres y la sociedad.

4. ¿Se te ha presentado alguna situación de consumo problemático?

A mí personalmente no. Hemos tenido casos pero no sé si serian de consumo problemático, porque también hay que ver, tal vez un chico que fuma porro una vez, lo

hizo porque fue un chiste, y citamos a la mamá y después no lo hizo nunca más. No sé si entraría en el consumo problemático, pero acá, en esta escuela no hay casos que generen interferencias en la vida escolar.

- ¿Qué hiciste al respecto?

A raíz de este caso que tuvimos, que encontramos un porro en el baño, hicimos un taller en todos los segundos años, que son cuatro divisiones, con un cuadernillo del SEDRONAR, que se aplicó un tiempo atrás en las primarias. Era hasta 7° y 1° año, creo. Usamos las actividades del cuadernillo de primer año y bueno. Mucho más no podemos. Porque tampoco nos dan los horarios. Yo vengo una vez por semana en la tarde y dos veces en la mañana. Lo que pasa es que también como institución, desde el Gabinete, mucho no podemos hacer, pero bueno hicimos este taller con los chicos de segundo año; también informamos a los profesores y la directora también se encargó de trabajarlo con profes. Contamos con que ellos hagan un espacio en su materia, para que si se da, hagan una reflexión. Todo a raíz de esta situación puntual. Y la idea es seguir trabajando con los chicos de primer año y de tercero.

Con este chico, primero se hizo todo un trabajo de investigación, para saber de quién era, porque era un porro armado con un boleto de colectivo, entonces, justo una de las chicas, la Trabajadora Social, el marido trabaja en una línea de colectivo, entonces lo llamo, le paso el número de tarjeta y así pudieron identificar el DNI y al chico. Llamaron al chico y el no había sido, termino contando que había sido otro el que había armado el porro en el baño. Así es que citaron a los papás de esos chicos, a papás de chicos del turno mañana para informarles que su hijo, posiblemente, estaba involucrado en esa situación. También informamos a los padres del resto del grupo de amigos.

Mis compañeras pudieron entrevistar a los chicos pero yo no estuve. Estuvo la Directora y la coordinadora de segundo. Pero si se lo entrevistó. La primera medida es entrevistar a los padres y de informarles la situación que está pasando con los chicos.

- ¿Consideras que el trabajo realizado fue interdisciplinario? ¿Por qué?

En estos casos esta siempre la directora y las chicas del servicio. El taller nos costó bastante armarlo porque teníamos que leer toda la bibliografía primero para partir de un marco teórico, formarnos. No solamente armar el taller, sino también para salvar alguna duda de los chicos, que surja. Y como íbamos de a dos teníamos que ver que respondía una y que respondía la otra, así es que teníamos un mes para armarlo y fue una actividad, un taller; nos costó arrancar, decir bueno que actividad hacemos. Dijimos vamos directamente al consumo de diferentes drogas, hablamos del alcohol, la marihuana, el cigarrillo o hacíamos una charla muy general, o ¿qué hacíamos? Sí, nos costó un montón, estuvimos como un mes para hacerlo. Pero si, estuvimos las coordinadoras que son de ciencias, la Trabajadora Social y yo.

Con respecto al trabajo interdisciplinario, no sé bien, técnicamente, si sería interdisciplinario, porque la Trabajadora Social tiene su mirada, la coordinadora también aporta. Porque hay una coordinadora para solo los segundos, una coordinadora para solo los primeros. Ellas están más focalizadas, diferente a mí que estoy para toda la escuela, al igual que la Trabajadora Social. Entonces la visión de cada una como que va a portando a despejar el camino de decir, bueno vamos para allá, para ir viendo que hacemos. Cuando son cuestiones psicopedagógicas voy llevando yo las entrevistas. Por ahí con la directora lo vamos charlando. Pero cuando hay cuestiones más complejas, relacionadas con la vida

familiar, con los chicos, que se ve afectado el aprendizaje, que se ve afectado el grupo los compañeros, ahí si acudimos a todas. Pero depende de la situación.

5. ¿Qué se debe hacer según lo que marca la institución frente a una situación de consumo problemático?

Tenemos un protocolo. Pero generalmente estas situaciones entran por dirección, por las preceptoras. El protocolo es más general, e institucional: se llama al servicio de emergencia, se llama a la casa, etc. El protocolo se presento este año, junto con el programa nacional de prevención de consumo problemático. Es un protocolo de intervención, de acción, para diferentes situaciones que proviene de DGE, y para todas las escuelas es igual. Es un marco de referencia para actuar. No atiende cada caso en particular. Es algo que tenes que hacer, son las acciones a seguir, lo que tenes que hacer si o si como institución.

6. Después del paso por la institución y del abordaje realizado, ¿crees que los sujetos logran acceder a un tratamiento frente a su consumo problemático?

En el caso de esta escuela, los padres responden cuando se los cita y se realiza alguna derivación. El tema es que yo creo, que no hay muchas opciones y no hay muchos centros donde se recepcionen los casos, incluso para los psicólogos. Hay una chica en segundo año que tiene ataques de pánico, la chica tiene obra social, pero hay chicos que no. Y vos les decís que vayan al Carrillo, al Hospital Notti, que ahí hay un grupo que trabaja con los problemas de aprendizaje más completos, pero no hay muchas opciones.

Por ahí acceden, pero después vuelven y te dicen; “mira, tiene turno de acá a dos meses, y después el segundo turno es para dentro de dos meses más... y así...”

Entonces creo que depende más de las instituciones. Y aparte acá no hay psicólogos y eso es un tema. Aparte el servicio es de orientación, no podemos hacer tratamiento. Nuestro rol es de orientador, nada más.

7. ¿Qué es el derecho a la salud? ¿Qué abarca el derecho a la salud?

Calculo que abarca todo lo que se refiere a la promoción y prevención en todos los sentidos de cualquier ciudadano. Por ejemplo, el chico que tiene alguna dificultad y estas limitado en el abordaje. Poder acceder a la promoción de la salud en cualquier aspecto.

Entrevista 17

Institución: Escuela José Daniel Vázquez 4-019
Departamento: Las Heras

1. ¿Qué es el consumo problemático?

Para mí, lo que es el tema de consumo problemático, es como una problemática bien abarcativa, tiene que ver con situaciones de vulnerabilidad, situaciones familiares, económicas, sociales, culturales, como muy propio de este ser adolescente que hoy por hoy no distingue muchas veces lo que le hace bien y lo que no le hace bien, bueno un poco también esta poca claridad en los límites, este adolescente posmoderno con desafíos constantes, con vivencias de situaciones de placer o un adolescente que dice “bueno lo hago porque todos lo hacen” o “porque me gusta” o “porque me va y no me hace mal”, que fue un poco lo que nosotras nos encontramos en los talleres que hicimos en la escuela; lo relativizan por ejemplo, “el alcohol no te hace mal, pero otras cosas sí”, osea estaba todo ahí muy mezclado, que tiene que ver un poco con una construcción de acuerdo al grupo económico, familiar y demás.

2. ¿Qué situaciones incluye en el consumo problemático?

Algunas cosas que mencionan los chicos, además del alcohol y las otras drogas, es lo adicto que son a los juegos, a la play, a las consolas de videos juegos a internet, a todo esto que pasan horas y horas frente a las consolas de videos juegos o las computadoras que puede generar dependencia. Por ahí hay chicos que decían que estaban toda la noche jugando, entonces vos ahí ves que en realidad tiene que ver con otras cosas también como pesan ¿Dónde están esos padres? ¿Dónde están los horarios? ¿Qué tanto se cumplen las obligaciones que ellos deben cumplir que tiene que ver con la escuela, con las pocas cosas que pueden pedir en la casa? Es decir hay como una cierta anomia, no hay un adulto que esté mirando todo esto que va pasando.

3. ¿Qué factores crees que influyen en el consumo problemático?

Creo que influye un poco de todo. La familia, el contexto. Estamos en una sociedad de consumo. Todos consumimos cosas y eso los chicos lo ven. No podemos pedir a los chicos algo que nosotros no hacemos. También influye el grupo de amigos, las salidas, los boliches, etc.

4. ¿Se les ha presentado alguna situación de consumo problemático?

A mi acá no, porque hace poco que estoy trabajando en esta escuela, pero en otra escuela si lo he trabajado.

• ¿Qué hiciste al respecto?

Lo que se hace es poder hablar con los papás, poder ponerlos al tanto, hacer alguna derivación si se requiere ya que no hacemos tratamiento desde el servicio de orientación. Hoy por hoy el gobierno escolar si nos ha dado este año una capacitación acerca de estas cuestiones asociadas al consumo y la verdad que fue bastante interesante.

• ¿Consideras que el trabajo realizado fue interdisciplinario? ¿Por qué?

Nuestro trabajo como servicio es interdisciplinario. Yo creo que es muy interesante lo que se puede ir construyendo entre las distintas profesionales, donde cada una aporta su saber y su experiencia, entonces ese aporte yo creo que de ese modo ampliamos la mirada de situaciones, la vamos viendo de otra manera y va saliendo algo, otra mirada de la que por ahí uno traía. Por ahí yo traigo la mirada de lo social, otra de las chicas lo pedagógico y así vamos sumando. Yo creo que la propuesta es hacer un abordaje mucho más completo pero por situaciones de tiempo a veces se complica y termina cada una con un caso diferente pero la verdad que cuando uno pasa por la experiencia de poder trabajar en equipo y consensuar en equipo se logran decisiones como mucho más acertadas, junto con el equipo directivo también.

De todas maneras, yo creo que después de haber tenido la experiencia de trabajar en salud con psicólogos, me doy cuenta que acá es la pata que falta y en educación sería interesante poder construir e integrar con esa pata que falta como para poder tomar más dimensiones.

5. ¿Qué se debe hacer según lo que marca la institución frente a una situación de consumo problemático?

Tenemos un protocolo en caso de que llegue un chico intoxicado, nosotros tenemos acceso a eso. Lo mandaron desde la dirección general de escuelas. Son protocolos extensos ya que son muy abarcativos, tiene como 50 hojas aproximadamente pero te ayudan a pesar de que uno ya viene con un criterio profesional, ya se sabe qué hacer, esto como que vino a describir lo que ya se hacía, la verdad no aportó demasiado.

6. Después del paso por la institución y del abordaje realizado ¿Crees que los sujetos logran acceder a un tratamiento frente a su consumo problemático?

Yo realmente creo que si bien ha habido respecto a las políticas públicas mucho avance, en esto puntualmente está faltando mucho recurso humano, recursos institucionales, respuesta en sí, que es un poco lo que nos está pasando a todos los servicios tanto de educación como en salud y demás. Hay demasiada demanda para lo que realmente se puede lograr, hay familias que necesitan un acompañamiento mucho más profundo que otras, y muchas veces la carga horaria no es suficiente. Yo creo que no es falta de compromiso me parece que por ahí es necesario profundizar mucho más estas políticas y profundizarlas no solo en las ideas o lineamientos sino con recursos humanos capacitados, recursos económicos como para poder abarcar todo esto porque por ahí debería haber derivado alumnos y después no alcanzas a hacer el seguimiento y el trabajador social tampoco tuvo tiempo para hacer el seguimiento porque se presentan otras situaciones y tal vez lo que se derivó no era tan complicado y que con un sostenimiento institucional y familiar podía solucionarse y al no poder sostenerse se terminó complejizando y agravando mucho más. Y esto es también por las horas que tenemos, son solo 12 horas cátedras para toda la población de la escuela. Entonces no es falta de voluntad profesional ni voluntad institucional, es parte de algo más grande que excede al equipo, a la escuela, entre otros.

Por otro lado las otras propuestas que tienen que ver con chicos con consumo que son más chicos como de 12, 13, 14 años que no tenemos donde derivarlos, hay como baches institucionales y que son situaciones que existen y no tenes por ahí sostenimiento en algunas medidas. Por ejemplo el órgano administrativo local está saturado también y te

vas quedando con pocas herramientas, con pocos recursos. No es que todo sea una queja sino que es complejo trabajar dentro del sistema y bueno hay que ver hasta donde uno puede llegar, de voluntades y el trabajo en red que es complicado. No todas las resoluciones son con pocas expectativas, hay otras resoluciones que son muy buenas y acompañamientos que se pueden hacer familiares, comunitarios, sobre todo cuando te encontrás con una red que se va fortaleciendo y se va armando para poder acompañarlo.

7. ¿Qué es el derecho a la salud? ¿Qué abarca el derecho a la salud?

Yo creo que el derecho a la salud va más allá de poder decir accedo a un servicio, a un determinado tratamiento, a medicamentos, sino que tiene que ver con el reconocimiento y la valorización de un estado que es propio, donde me parece que es imprescindible que la persona esté completamente informada acerca de lo que tiene, porque lo tiene, cuales son las expectativas, conocer el tratamiento, el porqué del tratamiento, todas esas cuestiones que me parecen ponen a este paciente entre comillas, porque para mí son considerados sujetos sobre todo en un lugar de prioridad, lo que quiero decir es que no sólo tiene que ver con poder acceder a determinadas coberturas de salud, sino que tiene que ver con un reconocimiento de algo que es propio de la persona y donde también esa persona tiene que ser incluida en esa propuesta médica o interdisciplinaria que se haga ya que están opinando sobre su propia salud y sobre todo como propuesta y lograr que sea una prestación de calidad en tiempo y forma, con profesionales que estén informados, capacitados y que le brinden información a esa persona que atraviesa un evento de salud ya sea crónico, temporal pero que necesita sobre todo ese reconocimiento por parte de los profesionales de la salud ya que es una persona con derechos. A veces he tenido la experiencia de médicos que llega una persona y la atienden de manera apresurada y no le dicen que es lo que tiene, durante cuánto tiempo, que cosa le agrava el cuadro entre otras.

Entrevista 18

Institución: Escuela Adolfo Pérez Esquivel 4-128

Departamento: Capital.

1. ¿Qué es el consumo problemático?

Retomando lo que trabajamos en un curso, creo que el consumo problemático tiene que ver con algo que el sujeto no lo puede controlar, va más allá de sus posibilidades y deja de ser algo controlable. Su vida depende de eso, no lo puede manejar. Es decir, el problema no es la sustancia en sí, sino la relación con el objeto. Uno puede ser adicto a las compras, que no es una sustancia ilegal, pero es tan dañino como eso.

Tiene que ver con la época y con la sociedad de consumo, que plantea un modelo, una figura, estereotipos.

2. ¿Qué situaciones incluye en el consumo problemático?

Por ejemplo hoy en día el tema de la tecnología es bastante complicado. Por ahí no es una sustancia prohibida, sin embargo hay un consumo, que hay chicos que no lo están pudiendo manejar. Está pasando más a una adicción que el consumo en sí.

Con el tema del celular me quedo patente una frase de una alumna de la escuela, con respecto al uso del celular, y es que se quedan hasta altas horas de la noche masajeándose, con el WhatsApp, y un montón de cosas y ella decía: “no lo puedo controlar, no puedo apagar el celular y dormirme”. Tenía que estar hasta no sé qué hora de la noche, hasta que no quede nadie en el chat. Y después al otro día en la mañana se tiene que levantar temprano y no se puede levantar. Eso ya empieza a perjudicar su vida en general, cuando ella ya no lo puede controlar.

Aparte estamos en una cultura de consumo, entonces el que no consume es como que está afuera, por decirlo de alguna manera. Si no consume una cosa, consume otra, siempre en este animo de querer tener algo, que te haga ser.

3. ¿Qué factores crees que influyen en el consumo problemático?

Yo creo que muchas cosas influyen, siempre hay una causa que hace que uno se relacione con el objeto. Más allá que sea una sustancia prohibida o no, puede hacer que uno genere una dependencia. Es decir, que agravándose llega a una dependencia.

Concretamente la familia, por ejemplo influye mucho en esto de los recursos tecnológicos. También la soledad de los chicos es un factor importante, y a veces la familia no se da cuenta de eso.

4. ¿Se te ha presentado alguna situación de consumo problemático?

Si, específicamente encontramos chicos que estaban consumiendo marihuana. Y si te pones a hablar con chicas del servicio de otras escuelas te encontrarás con que es una problemática que está latente, el consumo de marihuana y el cigarrillo en los chicos. Y el alcohol también.

- ¿Qué hiciste al respecto?

Este hecho concreto fue el año pasado, cuando empezamos a detectar varios casos y ahí dijimos, bueno tenemos que hacer algo. Lo primero que se hace es entrevistar obviamente a los papas y poder hablar con ellos a ver que percepción tienen; porque uno no le puede decir al papa, su hijo está fumando marihuana cuando nunca lo hemos enganchado con el porro en la mano, pero les decíamos, que se presumía por comentarios que su hijo estaba fumando marihuana, que estaba en riesgo. Era una forma de alertarlos a ellos, para que les prestaran más atención, que lo consultaran con algún especialista. Eso fue lo que se hizo primero.

También se hizo todo un material para los padres. Un material informativo, acerca de las sustancias y los lugares donde podían recurrir. Y posteriormente dijimos, bueno tenemos que capacitarnos. Entonces nos inscribimos para hacer un curso, que casualmente nos había llegado la invitación a la DOAIT. Y paralelamente ingresa la psicóloga al servicio, como una figura importante y con ello la posibilidad de abrir un espacio, donde los chicos pudieran hablar de eso. Aquellos temas que por ahí no se animan a hablar en la familia. A partir de eso se crea un grupo donde los chicos comentaban estas situaciones. Sin embargo en la escuela no se hace terapia, y eso tiene que quedar bien claro. Por eso abrimos este espacio de reflexión.

- ¿Consideras que el trabajo realizado fue interdisciplinario? ¿Por qué?

Yo creo que si porque en este caso y en todos los casos nos consultamos casi todo, a vos que te parece, y a vos, y así. Los casos más complejos los trabajamos entre todas. Y eso es muy importante porque cada una tiene diferentes conocimientos, entonces, si bien a veces puedes actuar de la misma manera, hay otras veces que no. Si alguna de nosotras quiere actuar ya y no es propicio, la otra le dice que no es el momento, para, pensemos, reflexionemos. Porque a veces cuando una quiere hacer las cosas muy apurada realmente termina metiendo la pata. Cada una tiene una función en el equipo y tiene un conocimiento que es importante y que hace a la totalidad del equipo.

5. ¿Qué se debe hacer según lo que marca la institución frente a una situación de consumo problemático?

Contamos con un protocolo de intervención, que no es una cuestión rígida, no es que hay que seguirlo al pie de la letra, son orientaciones que te marcan la actuación, y de ahí en más cada uno lo va adaptando a la situación particular. Funciona como respaldo también. Uno de acuerdo a las situaciones particulares va viendo que estrategias desplegar. Y si uno se corre del protocolo, es también porque la situación lo amerita. Además porque justamente el protocolo no es una receta.

Es importante saber y ser consiente que una cosa es la forma que nos imparte la DGE, otra forma es la impronta que le da este equipo y otra cosa es el contexto en el que se trabaja. Porque para estos casos de problemas de consumo, Mendoza tiene leyes suficientes para trabajar estos temas, porque nosotros somos una pata más en todo esto. Acá identificamos, en otro lado tienen que intervenir, y bueno no hay instituciones provinciales suficientes para atender estas situaciones. Porque las leyes están, pero no están reglamentadas. Por ejemplo, para los casos de anorexia y bulimia hay dos leyes provinciales, es decir, que estamos muy bien; el problema es que nunca han sido reglamentadas. Por lo tanto una provincia que debería tener un centro para estos chicos y aunque el Notti trabaja esta problemática, no lo hace para adolescentes. Entonces si esta

escuela tiene una población que va desde los 13-14 años hasta los 18-19 años, no puede ser que a los 14-15 años estos chicos no tengan cobertura. Entonces qué forma tiene de intervenir un equipo que tiene una competencia tan limitada que da la DGE, si de repente tampoco tiene un lugar que lo respalde y hay que tener en cuenta que no todas las familias tienen obra social, por más que la escuela sea considerada de nivel económico medio. No tienen cobertura de seguridad social.

6. Después del paso por la institución y del abordaje realizado, ¿crees que los sujetos logran acceder a un tratamiento frente a su consumo problemático?

Y eso depende de muchas cosas. La verdad yo no tengo mucho conocimiento sobre eso. Yo creo que la escuela sigue garantizando lo que dice la Ley de Protección del Niño, que en cuanto a la escolaridad, si viene y se reinserta un mes después, luego de que hizo algún tratamiento, se proveen todas las medidas para que el niño pueda retomar cada una de las materias y que vuelva a rendir el trimestral, recuperatorios, es decir, ese derecho a seguir escolarizado, pero de ahí en más, el seguimiento que se les hace es a través de los certificados como que está en tratamiento.

El tema es que si desde la familia no hay una aceptación de la situación es como que la escuela, llega un momento que está limitada, llegamos hasta donde llegamos y más no podemos hacer porque no nos compete.

7. ¿Qué es el derecho a la salud? ¿Qué abarca el derecho a la salud?

Yo creo que la escuela es un ámbito donde se tienen que garantizar también la salud. Además de derecho a la educación, si vemos que hay situaciones donde la salud esta vulnerada, bueno, lo primero es la salud. El rendimiento escolar quedara en segundo plano. Que pasa con la salud del chico, que hace la familia, donde lo podemos derivar, entonces coordinamos. Eso también es el acceso a la salud. Y muchas veces la escuela resulta para muchos chicos lo más saludable, que lo otro que consideramos salud, la casa, la familia. El venir a la escuela es el ámbito más saludable de muchos chicos.

Entrevista 19

Institución: Escuela Adolfo Pérez Esquivel 4-128
Departamento: Capital.

1. ¿Qué es el consumo problemático?

Es la forma en cómo se relaciona el sujeto con un objeto. Nosotras hicimos una capacitación, estuvimos viendo todo esto, es muy del lado de la psicología, es como cada uno se relaciona con los objetos. Es una mirada muy psicoanalista. Y así lo hemos adaptado, teniendo en cuenta la situación que estamos viviendo.

Normalmente a través del consumo, se trata de evadir una realidad, hablando específicamente de adicciones. He llegado a esta conclusión a través de las capacitaciones que he tenido y de las que yo he podido darle a los chicos. Los chicos a través de la droga o el alcohol tratan de evadir la realidad porque no la toleran, no la soportan.

2. ¿Qué situaciones incluye en el consumo problemático?

Todas en la exista una relación compulsiva del sujeto hacia un objeto o que afecte cualquier área o ámbito en el que se desenvuelve normalmente el sujeto, puede ir en el caso de la escuela, desde el chico/a que fuma o que tiene problemas de alimentación hasta el que consume marihuana.

3. ¿Qué factores crees que influyen en el consumo problemático?

Yo creo que influye mucho la baja autoestima de los chicos, no tener un proyecto de vida, una visión de futuro, el creer que las cosas son fáciles, que tiene que ver con la instauración de una cultura, los chicos viven en su nube y cuando bajan a la realidad es difícil.

4. ¿Se te ha presentado alguna situación de consumo problemático?

Si.

• ¿Qué hiciste al respecto?

Primero se hacen entrevistas con ellos y con los papas. Y aparte tenemos un proyecto. Una vez que identificamos los chicos con estas problemáticas, seguimos con estos proyectos, un grupo de reflexión, donde los chicos están viniendo cada 15 días, con una rotación de horarios para que los chicos vengan una o dos veces.

El tema de los grupos se explicó a principio de año cuando los papas vinieron a la reunión de padres, igualmente se les explica en la autorización. Y si tienen alguna duda pueden venir a preguntar.

Entonces se intenta trabajar estas problemáticas dentro de los talleres, es uno de los objetivos del proyecto, para poder abarcar los mitos que existen sobre el consumo, los tipos de consumo y sus consecuencias, esto les permite ir reflexionando, tener mayor confianza para pedir ayuda o contención en caso de que lo necesiten.

Y no solo trabajamos problemáticas de consumo, sino también problemáticas de violencia, también el tema del abandono paterno, todas aquellas situaciones que generaban angustia, depresión, y determinaban el resultado escolar de los chicos.

Tuvimos un chico que venía tomando medicación, que la tuvo que interrumpir porque no conseguía turno para un psiquiatra y tuvo una crisis en la escuela. Y tuvimos que llamar para que lo vinieran a atender y empezar a manotear los recursos personales, porque no te queda otra.

- ¿Consideras que el trabajo realizado fue interdisciplinario? ¿Por qué?

Creo que si trabajamos en equipo, pero también depende de muchas variables. Si trabajamos juntas los casos más importantes. Hay cuestiones que lo saben las coordinadoras y no hace falta que lo sepamos todas, pero hay otras cuestiones que son más complejas, entonces tratamos de consensuar y llevarlo y tomar las decisiones entre todas.

Lo importante es que este es un equipo y trabajamos como equipo. Siempre tenes en cuenta lo que tus compañeras te dicen porque yo no vengo mucho tiempo a la escuela. Y siempre las medidas que se toman son acordadas por todas.

Además estos espacios que abrimos para abarcar a más chicos y darles alguna respuesta de acuerdo a lo que ellos demandan; trataban temas de acuerdo a lo que ellos me decían, como dije antes. Por ejemplo, hay uno de los proyectos que es el tema de capacitar a los chicos con los temas que ellos quieren. Serían como charlas de reflexión en base a las necesidades que surgen de ellos. Aquellas problemáticas que por ahí no hablan con los padres o no tienen con quien hablarlo. Yo digo capacitar porque tenemos y trabajamos partes teóricas y partes prácticas con otros profesionales que han venido. Eso también hace a la interdisciplina, porque trabajamos con profesionales de afuera.

Por ejemplo, tratamos el tema de la alimentación y vino una nutricionista a dar la parte práctica y la parte teórica. Por eso creo que también son capacitaciones, porque creo que es brindarle información a quien no tiene acceso. Y también capacitar, o brindarle la posibilidad de tomar conciencia. No trabajamos igual a un grupo de reflexión, sino que les damos cierta información a los chicos que no tienen. A partir de ahí hemos hecho varias intervenciones. Pero como yo venía una vez a la semana a la escuela, Daniela (Lic. en ciencias de la educación) quedo como referente en estos casos. Esto implica que ella actuaria cuando yo no estoy o los chicos podían ir a preguntar o buscar ayuda a ella cuando yo no estuviera. Creo que eso hace también al trabajo en equipo o interdisciplina porque implica la representación ante la ausencia de una de nosotras en el equipo.

5. ¿Qué se debe hacer según lo que marca la institución frente a una situación de consumo problemático?

Tenemos desde este año una especie de guía para trabajar. Es un protocolo que manifiesta líneas generales para poder actuar. Desde mi punto de vista esta medio incompleto. Y al tener muchos temas juntos es como que al fin no dice nada, o dice cosas muy amplias. Digamos que específicamente no dice mucho. Es solo para salir del paso. Sin embargo llevó tiempo construirlo y revisarlo. Yo le daría una vuelta de rosca.

6. Después del paso por la institución y del abordaje realizado, ¿crees que los sujetos logran acceder a un tratamiento frente a su consumo problemático?

Nosotros lo que hacemos en general es derivarlos al tratamiento psicológico, lo que hemos notado es que cuesta mucho que los padres reconozcan la situación. Los padres al no asumir lo que pasa se van con la sensación que nos hayamos equivocado, o que uno exagera, que no puede ser, “mi hijo no”.

Por eso depende que el chico después realice un tratamiento. Creo que depende más de los padres y de la conciencia de enfermedad de los chicos, que de las instituciones disponibles. Tampoco nosotras estamos preparadas para generar conciencia de enfermedad en los chicos y tampoco nos corresponde por nuestras competencias.

Realmente los chicos que consumen sustancias, por ejemplo, marihuana, no están en tratamiento porque no la reconocen como algo malo, como consumo problemático, no lo reconocen como problemático. Ellos piensan que la marihuana es mejor que el cigarrillo, eso me decían en el grupo. Y la idea es sacarles todas esas ideas, los mitos que ellos traen y que ellos lo empiecen a esparcir y decir, eso no es así, porque hay estudios científicos que dice que la marihuana daña mucho más que el cigarrillo, a lo largo del tiempo al sistema nervioso central sobre todo, las funciones cognitivas. Uno de los chicos me preguntaba porque una persona que fuma cigarrillo puede manejar y no una persona que consume marihuana o alcohol no puede. Entonces uno ahí empieza a hacerlos pensar y decirles, ¿A vos te parece que las reacciones que producen esas sustancias son las mismas? Algunos te dicen que sí, otros que no, entonces trabajas con eso.

7. ¿Qué es el derecho a la salud? ¿Qué abarca el derecho a la salud?

Sobre todo hay que tener en claro que es un derecho y se debe garantizar al igual que el de la educación. Es importante que sea reconocido dentro de la escuela como un derecho, que se ayude a tomar conciencia de este derecho también a los padres, porque pasa muchas veces cuando los chicos se descomponen en la escuela que llamas a los papas para que los vengán a buscar y te das cuenta que no le dan demasiada importancia al tema, piensan que es un invento de los chicos o que quieren zafar de algo. Entonces es importante que entiendan que el derecho a la salud es también que exista una preocupación, un interés por parte de la familia, del entorno en la salud del chico.

Entrevista 20

Institución: Escuela Adolfo Pérez Esquivel 4-128
Departamento: Capital.

1. ¿Qué es el consumo problemático?

El consumo problemático es la relación enfermiza de una persona, un sujeto con algo, con algún objeto. Y es problemático porque afecta la calidad de vida de un sujeto y sus relaciones sociales.

2. ¿Qué situaciones incluye en el consumo problemático?

Para mí abarca todo tipo de consumo. Por ejemplo, en esta escuela que tiene un nivel socio-económico considerado bueno, medio- alto, los chicos tienen acceso por el derecho a la igualdad, a la educación, a la calidad educativa, tienen acceso a las PC, a las netbook, y eso leído desde la calidad educativa, obviamente suma, pero transformado en estas vinculaciones que a veces se convierten en vinculaciones un poco enfermizas se da lo problemático.

También la alimentación en general, porque no es solamente eso, lo clásico, el alcohol y la marihuana, hay otras cuestiones que tienen que ver con problemáticas alimentarias, que también es una forma de vincularse con objetos, con los alimentos, y en relación a eso hay un marcado caso estadístico que nos está llamando la atención y es una forma indebida de relacionarse con los alimentos, porque no es un consumo específico.

3. ¿Qué factores crees que influyen en el consumo problemático?

Todos los factores psico- sociales, todos. Creo que no sería una causa efecto lo que genere un consumo, sino una multiplicidad de factores, de variables, que dan la predisposición, para que surja, para que haya un cierto efecto. Porque si hablamos de causa efecto, siempre hablamos de cosas puntuales y nada se reduce a una sola cosa, nada es lineal, sino que es multicausal. También influye la cultura, los nuevos patrones culturales nos están dando una impronta que tiene que ver con las posibilidades y cuestiones culturales.

4. ¿Se te ha presentado alguna situación de consumo problemático?

Sí. Tenemos un buzón que no sabes cómo habla ese buzón. Si nos hemos encontrado con situaciones.

• ¿Qué hiciste al respecto?

En un caso puntual que se nos presentó el año pasado, entrevistamos a los chicos involucrados, a sus papás, y se elaboró un material para que conocieran lo problemático que es el consumo. El tema es que si bien nosotros podemos involucrar muchos aspectos en el consumo; en lo pensamientos, en el imaginario de los chicos y de los papás, siempre

van a estar las drogas, por lo que es muy difícil ampliar el panorama. Es como nos han educado respecto al consumo y lo que nuestras cabezas piensan en torno a eso.

- ¿Consideras que el trabajo realizado fue interdisciplinario? ¿Por qué?

Para mi criterio sí. Porque trabajamos todas, aportamos todas de la misma forma y si alguna quiere introducir alguna modificación o un nuevo punto de vista o una nueva mirada, ya sea a destiempo o no, la hace, y es aceptada.

Algo que quiero agregar es que la incorporación de Yamila (psicóloga), el año pasado se hace un salto grande en la forma de trabajar del gabinete, porque todas estas problemáticas o situaciones que se dan, que están fuera de lo que es el encuadre pedagógico o de la asesora pedagógica, todo caía en la bolsa de la Trabajadora Social, porque al no tener un identidad bien delimitada desde el sistema educativo, esta bolsa de la Trabajadora Social, era muy grande, y el que mucho abarca, poco aprieta, en un dicho de jerga. Entonces que pasaba, venía un caso con una situación de drogas y, a ver, la droga es el detonante, es decir, es esa mala vinculación que sucede porque para evitar la realidad cae en eso, pero no solo o no todo tiene que ver con una cuestión social, porque una mala vinculación, un tema o un área donde nosotras no podemos abordar, es el aparato psíquico o las relaciones de más intimidad o más profundidad, porque más allá de lo que es el sistema, que las horas no te dan, son muchos chicos, etc.

Pero hay una cuestión de disciplina propia. Nosotras no tenemos competencia para trabajar, ni tampoco tenemos las herramientas pertinentes para trabajar ciertos temas que la psicóloga, desde un grupo de reflexión si las tiene y lo logra hacer y de forma exitosa. En cambio nosotras no, entonces vos entrevistas a la familia, entrevistas al niño y, eras el responsable de no preguntar lo que debías preguntar, porque vos sabes que esa pregunta te lleva a un conocimiento más profundo o si lo preguntas, te ponía en una situación donde vos después no podés avanzar por una cuestión de ética. Por eso yo marco que el NN de la Trabajadora Social en los ámbitos educativos, tiene que ver con que todo lo que no sea psicológico, pedagógico, viene a parar a este bolsón, y no es así. Nosotras solo orientamos. Lo que quiero dejar en claro es que esta parte psicológica, que en esta escuela tenemos el beneficio de tenerla, es fundamental, porque es la otra pata de la mesa.

Pero lo que sucede es que nuestra forma de trabajar es inter y multidisciplinar. Y hay otro ingrediente, porque estamos hablando de profesiones, pero también hablamos de un acervo que cada uno de nosotros trae, primero como persona y después como experiencia profesional y personal, porque cada una viene con experiencias de distintos ámbitos laborales, cada una viene con su historia propia de vida, mis compañeras tienen un capital de conocimiento, que en esta escuela pesa mucho, llevan mucho más tiempo, y además algunas son coordinadoras, por lo que tienen dos cargos, tienen la posibilidad de estar más tiempo en la escuela, tienen más vinculación, Daniela (Lic. en ciencias de la educación) con los de primero y Yanina (Psicóloga) con los de segundo, que son la mayoría de la escuela, representa todo el turno tarde y Yamila no, porque viene a las horas de proyecto nada más y yo tampoco, tengo solo 12 horas catedra para toda la escuela. Entonces todo eso confluye y me parece que habla más de la multidisciplina que de lo interdisciplinario. Ellas conocen desde que han entrado a la escuela. También hacen las entrevistas de admisión. Por eso quiero poner el acento en lo que implica la persona en sí. No es todo la profesión en sí, porque cualquiera viene acá y aplica una técnica de entrevista y muchas cosas de esas, pero por ahí de tener el training de escuchar una palabra o visualizar un gesto, una mirada o relacionar. Por ejemplo, recién hicimos una entrevista en conjunto y

las chicas pudieron captar y hacer ya todo un proceso de análisis que yo no hice, porque ellas ya conocen más profundamente la situación. Entonces eso, a veces, es tan valioso como lo es la competencia propia de una disciplina.

5. ¿Qué se debe hacer según lo que marca la institución frente a una situación de consumo problemático?

Nosotros tenemos como un protocolo, una guía orientativa, que a veces no está escrita la receta para cada una de las situaciones que se nos plantean, pero dentro de lo general es la misma forma de actuar. El protocolo es una guía, marca las cuestiones generales. Después de eso está el cómo trabaja el grupo y de ahí la situación en sí, porque no todas las situaciones se dan de la misma manera en el mismo contexto, y en el mismo momento. Y además porque no siempre estamos todas en el equipo.

Pero básicamente si yo tengo una situación de este tipo, lo planteo primero acá, en el equipo, para definir la forma de abordaje y después sí, se van dando una serie de pasos donde todas coincidimos. Es decir, rescato muchísimo que primero se trae acá, se debate acá, o se cuestiona o menciona la situación y después empezamos con el abordaje.

Además yo creo con esto del protocolo que todo lo que se redacte es el resultado de gente, de equipos que han trabajado, que está posicionada. Pero hay una realidad que nadie me la puede venir a discutir, como una profesional más; yo estuve en ese momento, en ese lugar y con esa persona. Y la decisión que se tome en ese momento, en ese lugar y con esa persona para mí, profesional, que pase por una facultad y que tengo la habilitación para estar justamente ahí, es la que me da el criterio suficiente para elegir o para tomar la mejor decisión, es decir, después, yo creo que todo se puede debatir, para bien o para mal. Todo se puede debatir o criticar. Quizá vos vas a tener mejor criterio o hubieses tenido mejor criterio para resolver algo, pero siempre hay que tener en cuenta el contexto. Cuando vos contextualizas la situación, en ese momento fue lo mejor que se pudo hacer. Y todas trabajamos con ese mejor criterio porque nunca estamos todas. Entonces muchas veces les ha pasado a mis compañeras tener que resolver cuestiones netamente sociales y bueno pero si yo tengo una carga horaria que recién vuelvo el lunes que viene o se cae la escuela, o deciden ellas. Entonces no me cabe a mí venir después a criticar lo que ellas han hecho porque ellas estaban acá. Y somos parte de un equipo y se supone que estamos acá para apoyar y tener criterios generales como el protocolo y un criterio general como equipo que nos permite unificar el trabajo.

6. Después del paso por la institución y del abordaje realizado, ¿crees que los sujetos logran acceder a un tratamiento frente a su consumo problemático?

Creo que en el ámbito de la educación es muy difícil determinar eso, porque nosotras, las Trabajadoras Sociales, en la escuela somos orientadoras sociales, la resolución de nuestras funciones en la escuela, tienen que ver con asesorar, es decir, que la intervención de cualquier problemática que se identifique en la escuela, no es para tratarla, sino para derivarla. Entonces no hay situación que sea abordada o tratada, sino identificada. Acá lo que se hace es contener al chico y al docente, para seguir trabajando sin que esa problemática impacte de forma muy negativa en el proceso de enseñanza-aprendizaje, pero acá ninguna esta para tratar. Es decir, problemática identificada,

solamente derivamos y asesoramos. Recién hablábamos de un documento, ese documento trataba sobre que era la droga, hablaba de teoría y después les dábamos toda una serie de lugares donde podían ir a buscar ayuda, números de teléfono, por departamento, donde pedir turno, etc., pero nada más; de ahí a que la familia se haya hecho cargo de continuar con las consultas sobre su hijo y que haya tratamiento es muy difícil determinar. Por ahí te enteras porque le preguntas de manera informal a los chicos y también porque te traen los certificados médicos como que están en tratamiento, pero creo que depende de los padres, del acompañamiento que le brindan al chico y de la voluntad del chico.

Y entonces, ¿cuál es el problema que tenemos? Que son situaciones que requieren de una atención, de un seguimiento muy de cerca, es decir, no se puede dar un turno para dentro de 15 o 20 días. No conseguimos turnos para psicólogos, no conseguimos turnos para psiquiatras, para nadie, está saturado todo. Pero a la hora de hablar como trabaja un equipo, también tenes que tener en cuenta los insumos o recursos que tiene, las limitaciones. Entonces cuando vos tenes que definir como se interviene en un equipo es esto: “lo atamos con alambre”, por las pocas horas que tenes, por la cantidad de problemáticas. Porque así, un equipo resuelve desde un profesor que no da adecuadamente los contenidos hasta los casos extremos como el suicidio. Por eso hablaba de la gran bolsa, es imposible.

7. ¿Qué es el derecho a la salud? ¿Qué abarca el derecho a la salud?

Es tener la posibilidad de tener la igualdad, de tener una vida saludable, sustentable, integral, ya sea en el ámbito personal, familiar y en el ámbito social.

En relación a eso hemos estado dando unos talleres para padres, para apuntar a esta visión integral de lo que implica la vida del niño. En relación a todos los escenarios, la escuela, la familia, todo lo que tenía que ver con la totalidad de la vida del chico. No sé si han escuchado la teoría de que la historia se repite, las situaciones que los chicos viven, directa o indirectamente en la casa, repercuten en la escuela y se transforman en espejo, porque siempre buscamos un modelo para imitar o repetir esa misma vida que se lleva en la casa. Entonces si en esa casa hay un problema de consumo, en la escuela va a haber una vinculación con personas que favorecen ese tipo de conductas. Es una cadena.

LEY 7088

MENDOZA, 7 de enero de 2003.

(LEY GENERAL VIGENTE)

(DECRETO REGLAMENTARIO 338/03 B.O. 15/12/03)

(VER ADEMÁS DECRETO 774/07, CREACION DEL PROGRAMA PROVINCIAL DE
EQUIPOS
INSTITUCIONALES DE ALCOHOLISMO)

B.O.: 21/02/03

NRO. ARTS. : 0015

**TEMA: CREACION PLAN PROVINCIAL ADICCIONES MINISTERIO
GOBIERNO**

PREVENCION ASISTENCIA COMITE EJECUTIVO

EL SENADO Y CAMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE MENDOZA,
SANCIONAN CON FUERZA DE LEY:

ARTÍCULO 1º- Créase el Plan Provincial de Adicciones en el ámbito del Ministerio de Gobierno, a fin de abordar integralmente la prevención y la asistencia de adicciones y de articular acciones con las áreas encargadas de la prevención y el control del narcotráfico.

ARTÍCULO 2º - Fíjense como propósitos y objetivos prioritarios del Plan, sin perjuicio de otros que estime convenientes el Poder Ejecutivo Provincial, los siguientes:

- a) Promover y desarrollar valores que generen hábitos y conductas sanas y responsables.
- b) Abordar la problemática en forma intersectorial e interdisciplinaria, priorizando fundamentalmente la educación y prevención integral y aquellas acciones tendientes a reducir los daños provocados por el consumo de sustancias.
- c) Diseñar y fortalecer las acciones de educación y de prevención específica e inespecífica en el nivel local, promoviendo la inclusión, participación y organización de la comunidad.
- d) Coordinar, integrar y fortalecer todas las acciones desarrolladas desde las distintas áreas del Gobierno Provincial atinentes a la prevención, tratamiento y control del uso indebido de sustancias, en pos de que las mismas respondan a criterios unificados y para el óptimo aprovechamiento de los recursos destinados a tal fin.
- e) Fortalecer y coordinar las acciones de organismos no gubernamentales y de organizaciones comunitarias y propiciar su articulación con las del sector público.
- f) Identificar los problemas, su magnitud, las condiciones y factores de riesgo y los recursos existentes en la Provincia para la detección precoz de adicciones.
- g) Garantizar la asistencia integral adecuada a los usuarios de drogas y a su entorno familiar articulando para ello los recursos estatales con los de ámbito privado, y promover el desarrollo de centros especializados a tal fin.
- h) Capacitar y actualizar los recursos humanos y desarrollar sistemas de documentación, información y monitoreo para la toma de decisiones.
- i) Potenciar la integración de las fuerzas de seguridad provincial con otros organismos de nivel regional y nacional para lograr una efectiva complementación en la prevención y control del narcotráfico.

j) Diseñar estrategias de comunicación que tengan como fin hacer conocer los recursos institucionales, transformar actitudes y conductas y que contemplen las necesidades de información de la población acerca de la temática.

ARTÍCULO 3º - La estructura del Plan contemplará:

1) Un Secretario General, el que deberá ser un funcionario que ostente Cargo de Mayor Jerarquía, designado por Decreto del señor Gobernador de la Provincia, quien tendrá a su cargo las funciones de:

- a) Diseñar las políticas de Estado en adicciones.
- b) Coordinar las estrategias intersectoriales.
- c) Garantizar la articulación interministerial.
- d) Supervisar las acciones del Plan y evaluar los programas y proyectos implementados y su adecuación a los objetivos fijados en el Artículo 2º de la presente Ley.
- e) Presidir las reuniones del Comité Ejecutivo en Adicciones.
- f) Proponer al Poder Ejecutivo la designación de un representante provincial ante el SEDRONAR (Secretaría para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico) u organismo que lo reemplace en el futuro.
- g) Administrar el Fondo Afectado para el Abordaje de las Adicciones.

2) Un Secretario Coordinador, designado por el señor Gobernador de la Provincia, quien deberá poseer título universitario y acreditar experiencia y antecedentes en trabajo social y/o humanístico, conforme al cargo. El Secretario Coordinador tendrá a cargo las funciones de:

- a) Asesorar técnicamente en el diseño de las políticas de Estado en adicciones.
- b) Coordinar las acciones del Plan.
- c) Diseñar programas y proyectos para la consecución de los objetivos fijados en el Artículo 2º de la presente Ley.
- d) En ausencia del Secretario General presidirá las reuniones del Comité Ejecutivo en Adicciones.
- e) Dirigir al equipo de trabajo específico del Plan.
- f) Supervisar el funcionamiento y promover la creación de programas en distintas dependencias ministeriales en consonancia con el objeto de la presente Ley.
- g) Realizar los controles de gestión de las instituciones no gubernamentales que sean beneficiarias de recursos estatales para la prevención y/o asistencia de adicciones.

ARTÍCULO 4º- Créase un Comité Ejecutivo en Adicciones, el que estará conformado por representantes del Ministerio de Desarrollo Social y Salud, de la Dirección General de Escuelas, del Ministerio de Justicia y Seguridad y del Ministerio de Gobierno.

ARTÍCULO 5º- El Comité Ejecutivo en Adicciones tendrá la misión de implementar las políticas fijadas y sus funciones serán:

- a) Elaborar diagnósticos de situación desde cada área y actualizarlos periódicamente.

- b) Ejecutar estrategias intersectoriales tendientes a la prevención y la asistencia de la problemática en cuestión.
- c) Elaborar e implementar programas y proyectos en cumplimiento de los objetivos fijados en el Artículo 2° de la presente Ley.
- d) Evaluar el impacto social de los programas y proyectos desarrollados.
- e) Proponer indicadores y variables que permitan diseñar un sistema de monitoreo de la incidencia de la problemática en las distintas franjas etéreas.
- f) Generar espacios de debate y discusión acerca de las adicciones que permitan la participación de la comunidad en general y en particular de la población infanto juvenil.
- g) Proponer acciones que efectivicen la articulación interministerial y la interdisciplina como herramientas para el abordaje de la problemática.
- h) Coordinar acciones con organismos municipales, nacionales, públicos y privados.

ARTÍCULO 6°- Créase el Consejo Asesor Intersectorial del Plan Provincial de Prevención y Asistencia de Adicciones, del que participarán representantes de las siguientes instituciones:

- a) Organizaciones no gubernamentales;
- b) Universidades Nacionales y Provinciales;
- c) Asociaciones sin fines de lucro;
- d) Círculos y Colegios Profesionales;
- e) Obras Sociales, Prepagas y Aseguradoras;
- f) Consejos Municipales de la Juventud, Niñez, Adolescencia, Familia y Mujer;
- g) Comisiones legislativas;
- h) Medios de comunicación;
- i) Iglesias de todos los credos;
- j) Toda otra institución privada o pública relacionada directa o indirectamente con la problemática de prevención y asistencia de adicciones.

ARTÍCULO 7°- Las funciones del Consejo Asesor Intersectorial del Plan Provincial de Prevención y Asistencia de Adicciones serán las siguientes:

- a) Asesorar a las autoridades del Plan acerca de políticas específicas, planes, programas y proyectos relacionados con la educación, prevención, asistencia y rehabilitación de adicciones.
- b) Promover la participación y coordinación interinstitucional, estableciendo mecanismos de consulta permanente referidos al abordaje integral de la problemática de las adicciones.
- c) Auditar que la aplicación y afectación presupuestaria de los recursos que componen el Fondo creado en el Art. 8°, sean destinados fundamentalmente a la asistencia directa del Programa.

ARTÍCULO 8° - Créase un Fondo Especial para el Abordaje de las Adicciones, con carácter de Recurso Afectado, el que se conformará en una cuenta única con Unidad Organizativa específica dentro del presupuesto de la Jurisdicción Ministerio de Gobierno y que estará integrado de la siguiente manera:

- a) Destínase un monto de Pesos Trescientos Mil (\$ 300.000.-) que será financiado con parte de las utilidades anuales líquidas y realizadas del Instituto Provincial de Juegos y

Casinos u Organismo que lo reemplace, cuyo importe proporcional se depositará mensualmente en doce (12) cuotas iguales, en la cuenta mencionada.

(VER ADEMÁS LEY 7183, ART. 108)

b) Destínase la suma que anualmente le asigne el Presupuesto Anual del Ministerio de Gobierno.

c) Los fondos que se transfieran desde otras jurisdicciones.

d) Los préstamos otorgados al cumplimiento de los objetivos del Plan.

e) Los subsidios de los ámbitos provincial, nacional e internacional, provenientes tanto del sector público como privado, que se otorguen al Plan o a alguno de los programas o proyectos que se desarrollen en su marco.

f) Legados y/o donaciones.

ARTÍCULO 9º- Hasta tanto se integre en su totalidad el Fondo creado por el Artículo 8º, el Poder Ejecutivo deberá incluir a partir del próximo presupuesto, el financiamiento necesario para dar cumplimiento a los objetivos de la presente Ley.

ARTÍCULO 10º- El Poder Ejecutivo Provincial promoverá la descentralización de acciones y programas a los municipios quienes podrán adherir por medio de actas acuerdo.

ARTÍCULO 11º- Los efectores asistenciales específicos para el tratamiento de adicciones serán responsabilidad del Ministerio de Desarrollo Social y Salud.

Las funciones del Plan Provincial de Adicciones en esta materia serán de fortalecimiento y articulación entre los distintos efectores estatales y entre éstos y las distintas Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), prepagas y obras sociales con el objeto de dar cumplimiento a lo establecido en el Artículo 3º, incisos d), e), f), y g) de la presente Ley.

ARTÍCULO 12º- Créase el Registro de Organizaciones de la Sociedad Civil vinculado a la prevención, tratamiento y rehabilitación de personas dependientes, a los fines de su categorización de acuerdo a la normativa vigente, el que dependerá del Plan.

ARTÍCULO 13º- Será autoridad de aplicación de la presente Ley el Ministerio de Gobierno u organismo que lo reemplace en el futuro.

ARTÍCULO 14º- El Poder Ejecutivo deberá reglamentar la presente Ley en treinta (30) días corridos a partir de su promulgación.

ARTÍCULO 15º - Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN EL RECINTO DE SESIONES DE LA HONORABLE
LEGISLATURA DE LA PROVINCIA
DE MENDOZA, a los siete días del mes de enero del año dos mil tres.

SALUD PÚBLICA

Ley 26.657

Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derógase la Ley N° 22.914.

Sancionada: Noviembre 25 de 2010

Promulgada: Diciembre 2 de 2010

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc.
sancionan con fuerza de Ley:

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

Capítulo I

Derechos y garantías

ARTICULO 1° — La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ARTICULO 2° — Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores; para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990, se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.

Capítulo II

Definición

ARTICULO 3° — En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.

En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso;
- b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona;
- c) Elección o identidad sexual;
- d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

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

ARTICULO 5° — La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.

Capítulo III

Ambito de aplicación

ARTICULO 6° — Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley.

Capítulo IV

Derechos de las personas con padecimiento mental

ARTICULO 7° — El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

- a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;
- b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;
- c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;

- d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;
- e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;
- f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;
- g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;
- h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;
- i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;
- j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;
- k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;
- l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;
- m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;
- n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;
- o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;
- p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

Capítulo V

Modalidad de abordaje

ARTICULO 8° — Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores

capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

ARTICULO 9° — El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

ARTICULO 10. — Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley.

Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

ARTICULO 11. — La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

ARTICULO 12. — La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.

Capítulo VI

Del equipo interdisciplinario

ARTICULO 13. — Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.

Capítulo VII

Internaciones

ARTICULO 14. — La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

ARTICULO 15. — La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

ARTICULO 16. — Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos:

a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra;

b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar;

c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.

ARTICULO 17. — En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible. La institución debe brindar colaboración a los requerimientos de información que solicite el órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

ARTICULO 18. — La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de SESENTA (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión creado en el artículo 38 y al juez. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de CINCO (5) días de ser notificado, si

la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías establecidos para esta última situación. En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al órgano de revisión creado por esta ley.

ARTICULO 19. — El consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente comprobado por autoridad judicial, o el incumplimiento de la obligación de informar establecida en los capítulos VII y VIII de la presente ley, harán pasible al profesional responsable y al director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan.

ARTICULO 20. — La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar:

- a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra;
- b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;
- c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

ARTICULO 21. — La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de DIEZ (10) horas al juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las CUARENTA Y OCHO (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El juez en un plazo máximo de TRES (3) días corridos de notificado debe:

- a) Autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley;
- b) Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria y/o;
- c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata.

El juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.

ARTICULO 22. — La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.

ARTICULO 23. — El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.

ARTICULO 24. — Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a TREINTA (30) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación.

Si transcurridos los primeros NOVENTA (90) días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.

ARTICULO 25. — Transcurridos los primeros SIETE (7) días en el caso de internaciones involuntarias, el juez, dará parte al órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

ARTICULO 26. — En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley. En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.

ARTICULO 27. — Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.

ARTICULO 28. — Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.

ARTICULO 29. — A los efectos de garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son responsables de informar al órgano de revisión creado por la presente ley y al juez competente, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o limitación indebida de su autonomía. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no relevará al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persistiera. Dicho procedimiento se podrá realizar bajo reserva de identidad y contará con las garantías debidas del resguardo a su fuente laboral y no será considerado como violación al secreto profesional.

Debe promoverse la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías reconocidos y las responsabilidades establecidas en la presente ley a todos los integrantes de los equipos de salud, dentro de un lapso de NOVENTA (90) días de la sanción de la presente ley, y al momento del ingreso de cada uno de los trabajadores al sistema.

Capítulo VIII

Derivaciones

ARTICULO 30. — Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Organismo de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona.

Capítulo IX

Autoridad de Aplicación

ARTICULO 31. — El Ministerio de Salud de la Nación es la Autoridad de Aplicación de la presente ley, a partir del área específica que designe o cree a tal efecto, la que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos.

ARTICULO 32. — En forma progresiva y en un plazo no mayor a TRES (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un

mínimo del DIEZ POR CIENTO (10 %) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTICULO 33. — La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país.

ARTICULO 34. — La Autoridad de Aplicación debe promover, en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y con la colaboración de las jurisdicciones, el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados.

ARTICULO 35. — Dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes. Dicho censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de DOS (2) años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.

ARTICULO 36. — La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTICULO 37. — La Autoridad de Aplicación, en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud, debe promover la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras sociales a los principios establecidos en la presente ley, en un plazo no mayor a los NOVENTA (90) días corridos a partir de la sanción de la presente.

Capítulo X

Organo de Revisión

ARTICULO 38. — Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Organo de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

ARTICULO 39. — El Organo de Revisión debe ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

ARTICULO 40. — Son funciones del Organo de Revisión:

- a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos;
- b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado;
- c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez;
- d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley;
- e) Informar a la Autoridad de Aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes;
- f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares;
- g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el Organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades;
- h) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación;
- i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos;
- j) Promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones;
- k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental;
- l) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias.

Capítulo XI

Convenios de cooperación con las provincias

ARTICULO 41. — El Estado nacional debe promover convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios expuestos en la presente ley. Dichos convenios incluirán:

- a) Cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente ley;
- b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades;
- c) Asesoramiento para la creación en cada una de las jurisdicciones de áreas específicas para la aplicación de políticas de salud mental, las que actuarán en coordinación con la Autoridad de Aplicación nacional de la presente ley.

Capítulo XII

Disposiciones complementarias

ARTICULO 42. — Incorpórase como artículo 152 ter del Código Civil:

Artículo 152 ter: Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de TRES (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible.

ARTICULO 43. — Sustitúyese el artículo 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 482: 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.

Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad.

ARTICULO 44. — Derógase la Ley 22.914.

ARTICULO 45. — La presente ley es de orden público.

ARTICULO 46. — Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTICINCO DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIEZ.

— REGISTRADA BAJO EL N° 26.657 —

JULIO C. C. COBOS. — EDUARDO A. FELLNER. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada.

El proyecto IACOP es Ley.

El Senado de la Nación aprobó el proyecto de Ley.



En el día de hoy, 30 de abril, la Cámara de Senadores aprobó el proyecto de Ley IACOP convirtiéndolo definitivamente en Ley

Texto completo. Ley “Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos”. Sanción Congreso de de la Nación



TEXTO SANCIONADO

PLAN INTEGRAL PARA EL ABORDAJE DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

CAPÍTULO I: DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1º.- Creación. Créase el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (PLAN IACOP), cuya autoridad de aplicación será la que determine el Poder Ejecutivo Nacional.

ARTÍCULO 2º: Consumos problemáticos. A los efectos de la presente ley, se entiende por Consumos Problemáticos aquellos consumos que -mediando o sin mediar sustancia alguna- afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas –legales o ilegales- o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud.

ARTÍCULO 3º.- Objetivos. Los objetivos del PLAN IACOP son:

- a) Prevenir los consumos problemáticos desde un abordaje intersectorial mediante la actuación directa del Estado;
- b) Asegurar la asistencia sanitaria integral y gratuita a los sujetos afectados por algún consumo problemático;
- c) Integrar y amparar socialmente a los sujetos con algún consumo problemático.

ARTÍCULO 4º.- Autoridad de aplicación. Función. La autoridad de aplicación del PLAN IACOP será la encargada de coordinar las distintas herramientas del Plan. Para eso, articulará las acciones de prevención, asistencia e integración entre los distintos ministerios y secretarías nacionales y con las jurisdicciones provinciales y la ciudad autónoma de Buenos Aires, según corresponda, para dar cumplimiento a lo dispuesto en los capítulos II, III y IV de esta ley.

CAPÍTULO II: DE LA PREVENCIÓN

ARTÍCULO 5º.- Centros comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos. Créanse los Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos, que serán distribuidos en el territorio nacional por disposición de la autoridad de aplicación, tomando como puntos prioritarios los de mayor vulnerabilidad social.

Su objetivo será promover en la población cubierta instancias de desarrollo personal y comunitario, enfatizando las acciones en aquellos sectores con mayores niveles de vulnerabilidad.

A tal efecto, la autoridad de aplicación podrá elaborar acuerdos con otros ministerios del Gobierno Nacional, como así también con las Provincias, los Municipios y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para incorporar los Centros que se crean en este artículo a los espacios comunitarios ya existentes en los distintos territorios.

También podrá hacerse acuerdos a tal efecto con las universidades pertenecientes al Sistema Universitario Nacional, con el Servicio Penitenciario Federal y con los servicios penitenciarios de las distintas jurisdicciones.

ARTÍCULO 6º.- Integración y funcionamiento. Los Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos dispondrán de personal suficiente para llevar a cabo sus funciones y deberán estar abiertos a la comunidad en un horario amplio, procurando tener abierto el espacio en horarios nocturnos.

ARTÍCULO 7º.- Funciones específicas. Son funciones de los Centros de Prevención de Consumos Problemáticos:

- a) Recibir en el centro a toda persona que se acerque y brindarle información acerca de las herramientas de asistencia sanitaria, los centros de salud disponibles, los planes de inclusión laboral y educativa que forman parte del PLAN IACOP y facilitar el acceso de los/as ciudadanos/as afectados/as a los mismos;
- b) Recorrer el territorio en el cual el centro se encuentra inmerso a fin de acercar a la comunidad la información mencionada en el inciso a);
- c) Promover la integración de personas vulnerables a los consumos problemáticos en eventos sociales, culturales o deportivos con el fin de prevenir consumos problemáticos, como así también organizar esos eventos en el caso en que no los hubiera;
- d) Interactuar con las escuelas y clubes de la zona para llevar al ámbito educativo y social charlas informativas sobre las herramientas preventivas y de inclusión del PLAN IACOP;
- e) Vincularse y armar estrategias con instituciones públicas y ONG's de las comunidades para fomentar actividades e instancias de participación y desarrollo;
- f) Cualquier otra actividad que tenga como objetivo la prevención de los consumos problemáticos en los territorios.

CAPÍTULO III: DE LA ASISTENCIA

ARTÍCULO 8º.- Prestaciones obligatorias. Todos los establecimientos de salud públicos, las obras sociales enmarcadas en las Leyes N° 23.660 y N° 23.661, la Obra Social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, las entidades de medicina prepaga conforme lo establecido en la Ley N° 26.682, las entidades que brinden atención al personal de las universidades y todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados, independientemente de la figura jurídica que tuvieren, deberán brindar gratuitamente las prestaciones para la cobertura integral del tratamiento de las personas que padecen algún consumo problemático, las que quedan incorporadas al Programa Médico Obligatorio (PMO).

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

ARTÍCULO 10.- Pautas de asistencia. La asistencia integral de los consumos problemáticos deberá ser brindada bajo estricto cumplimiento de las siguientes pautas:

- a) Respetar la autonomía individual y la singularidad de los sujetos que demandan asistencia para el tratamiento de abusos y adicciones, observando los derechos humanos fundamentales que los asisten y los principios y garantías constitucionales, evitando la estigmatización;
- b) Priorizar los tratamientos ambulatorios, incorporando a la familia y al medio donde se desarrolla la persona, y considerar la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo y extremo que solo deberá llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social, conforme a lo establecido en la Ley N° 26.657;
- c) Promover la atención de sujetos que padecen problemáticas asociadas a los consumos en hospitales generales polivalentes. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios, según lo dispuesto en el artículo 28 de la Ley N° 26.657;
- d) Incorporar el modelo de reducción de daños. Se entiende por reducción de daños a aquellas acciones que promuevan la reducción de riesgos para la salud individual y colectiva y que tengan por objeto mejorar la calidad de vida de los sujetos que padecen consumos problemáticos, disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles y prevenir todo otro daño asociado, incluyendo muertes por sobredosis y accidentes;
- e) Incorporar una mirada transdisciplinaria e interjurisdiccional, vinculándose los efectores sanitarios con las instancias de prevención, desarrollo e integración educativa y laboral.

ARTÍCULO 11.- Consejo Federal de Salud. La autoridad de aplicación coordinará con el Ministerio de Salud de la Nación y a través del Consejo Federal de Salud con las

provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el cumplimiento de las pautas de este capítulo.

ARTÍCULO 12.- Deberes y control. Las provincias o la Ciudad Autónoma de Buenos Aires deberán garantizar la asistencia sanitaria a los consumos problemáticos con los parámetros que dispone el artículo 10° de esta ley. La autoridad de aplicación será la encargada de controlar el efectivo cumplimiento de la ley por parte de las provincias.

La autoridad de aplicación llevará a delante un plan de capacitación para los sistemas de salud de las provincias y la Ciudad de Buenos Aires, a los fines de lograr el mejor cumplimiento del presente capítulo.

Ninguna disposición de la presente ley puede servir para quitar derechos y garantías estipuladas en la Ley N° 26.657, que es de cumplimiento obligatorio para las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ARTÍCULO 13.- Efectores. La autoridad de aplicación abrirá un Registro Permanente de Efectores en el que se inscribirán los efectores habilitados tanto gubernamentales como no gubernamentales dedicados al diagnóstico, deshabituación, desintoxicación y rehabilitación de los consumos problemáticos, que hayan sido debidamente habilitados para funcionar por las provincias y por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los tratamientos integrales a los que refiere este capítulo sólo podrán ser realizados por los efectores inscriptos en el Registro. Las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires deberán adoptar las normas de habilitación y fiscalización de efectores que la Autoridad de Aplicación establezca.

ARTÍCULO 14.- Plazas. Los hospitales generales del sistema de salud pública de las provincias deberán garantizar la disponibilidad de camas para los casos extremos que requieran la internación del sujeto que padezca algún consumo problemático.

CAPÍTULO IV: DE LA INTEGRACIÓN

ARTÍCULO 15.- Integración. Cuando los sujetos que hayan tenido consumos problemáticos se encuentren en una situación de vulnerabilidad social que atente contra el pleno desarrollo de sus capacidades y de la realización de sus actividades, y tales circunstancias pongan en riesgo el éxito del tratamiento, el estado los incorporará en dispositivos especiales de integración.

ARTÍCULO 16.- Alternativas. La fase de integración posee dos componentes, el educativo y el laboral, los que se implementarán de acuerdo a la edad y la formación del sujeto. El componente educativo tiene como objeto la inclusión al sistema. El componente laboral tiene como objeto la concreta inserción laboral, procurando hacer uso de las capacidades y las experiencias previas.

ARTÍCULO 17. Inclusión educativa. Destinatarios. Serán beneficiarios del componente educativo todos los sujetos aludidos en el artículo 15, que no hubieran completado su

escolaridad primaria o secundaria, y hubiesen sido atendidos por consumos problemáticos en hospitales generales, comunidades terapéuticas o cualquier otra instancia asistencial, o bien que hayan sido derivados de las instancias preventivas.

ARTÍCULO 18. Inclusión educativa. Beca de estudio. Los beneficiarios del componente educativo tendrán derecho a la percepción de una beca cuyo monto definirá la autoridad de aplicación, que servirá como incentivo y como medio para afrontar los costos de los estudios. Los beneficiarios deberán mantener la escolaridad y el no cumplimiento de este requisito hará perder el beneficio otorgado. Antes de la pérdida del beneficio, los tutores, miembros del espacio puente o responsables de los centros de prevención deberán procurar por el retorno del sujeto a la escuela.

Una vez finalizada la escolaridad obligatoria el beneficiario dejará de percibir la beca de estudio. Sin embargo, si el sujeto siguiera estando en la situación de vulnerabilidad social a la que alude el artículo 15 de esta ley y corriese riesgo el éxito de su tratamiento, podrá requerir ser incorporado al plan de integración laboral del artículo 20.

ARTÍCULO 19. Medidas. Las medidas que deberán tomarse para que las personas completen la escolaridad obligatoria son:

- a) El diseño de espacios puente, que acompañen a los niños, jóvenes y adultos en la reinserción al sistema educativo y en el apoyo en la escuela;
- b) El aseguro de condiciones básicas y de recursos para la tarea escolar: útiles, material didáctico y libros;
- c) La designación de facilitadores pedagógicos que actúen como tutores y orienten el proceso;
- d) El fortalecimiento de las capacidades docentes mediante capacitación específicamente dirigida a comprender la problemática de los consumos problemáticos;
- e) El establecimiento de nexo con el grupo social al que pertenecen las personas afectadas, a fin de prevenir prematuramente problemas que puedan aparecer en el proceso;
- f) El reporte a las instancias asistenciales o de prevención en caso que se visualicen consumos problemáticos graves.

ARTÍCULO 20. Inclusión laboral. Destinatarios. Serán beneficiarios del componente laboral todos los sujetos mayores de 18 años a las que alude el artículo 15, atendidos por consumos problemáticos en hospitales generales, comunidades terapéuticas o cualquier otra instancia asistencial, o que hayan sido derivados de las instancias preventivas.

Podrán ser incluidos en el componente laboral los/as adolescentes de 16 (dieciséis) y 17 (diecisiete) años de edad por razones debidamente fundadas cuando dicha inclusión forme parte del proyecto de recuperación y de inserción socioeducativa del/la joven.

ARTÍCULO 21. Convenios intersectoriales. La Autoridad de Aplicación está facultada para articular acciones y firmar convenios con el Ministerio de Trabajo de la Nación, con organismos estatales de las Provincias, y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y con organizaciones no gubernamentales con el fin de articular el ingreso de los jóvenes a los que se refiere el artículo 20, en los programas existentes en otras jurisdicciones.

ARTÍCULO 22. Informaciones y Orientación Ocupacional. La Autoridad de Aplicación debe organizar talleres, charlas y otras actividades, con el objeto de transmitir a los beneficiarios de este componente una cultura de trabajo formal, brindarles conocimientos sobre los derechos y deberes que les asisten como trabajadores e identificar y fortalecer sus potencialidades para la inserción laboral. La participación de los beneficiarios en todas estas actividades es gratuita.

ARTÍCULO 23. Inscripción de programas y efectores. Los efectores inscriptos en el Registro Permanente de Efectores informarán sobre los sujetos en tratamiento que cumplen con las condiciones del artículo 20 con el fin de que sean incluidos en el componente laboral. A ellos se les sumarán los que sean derivados desde las oficinas de prevención a las que alude el Capítulo II de esta Ley.

CAPÍTULO V: DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 24.- Presupuesto. El Poder Ejecutivo Nacional debe incorporar en el proyecto de Ley de Presupuesto las asignaciones presupuestarias correspondientes que permitan el cumplimiento del PLAN IACOP.

ARTÍCULO 25.- Reglamentación. El Poder Ejecutivo Nacional reglamentará la presente Ley dentro de los ciento ochenta (180) días de su promulgación..

ARTÍCULO 26.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.