UNIVERSIDAD NACIONAL DE ENTRE RÍOS

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL



TESIS DE GRADO: A 10 años de la Ley de Salud Mental 26.657: Las representaciones sociales de los profesionales del Centro Huella acerca del abordaje de los consumos problemáticos.

Estudiante: Dante Robel Zabala

Directora: Agustina Barukel

Paraná, Entre Ríos, Argentina, Año 2021

Facultad de Trabajo Social UNER

ÍNDICE

Agradecimientos……..3

CAPÍTULO I: Dimensión epistemológica

1.1 Introducción a la situación problemática……4

*1.1.2 Antecedentes históricos del campo de la Salud Mental en Argentina…..*5

*1.1.3 Sobre la constitución específica de la norma……..*9

1.1.4 ¿Entre dos paradigmas?.....11

1.2 Justificación del Problema……..17

1.3 Relevancia social y académica……..21

1.4 Estado del arte...……21

1.5 Acerca del enfoque epistemológico: ¿desde qué visión analizamos esta problemática?.....24

1.6 El consumo ¿una cuestión problemática en nuestra sociedad?.....27

1.7 Acerca del consumo de sustancias……29

1.8 Modelos, estereotipos y prejuicios……..33

1.9 Objetivos de la investigación……37

CAPÍTULO II: Diseño y dimensión metodológica

2.1 Las preguntas-problema……..38

2.2 Tipo de diseño……38

2.3 Descripción de la unidad de estudio……...40

2.4 Unidad de análisis……41

2.5 Tipo de muestra……42

2.6 Técnicas de recolección de datos……...42

2.7 Técnicas de análisis de la información……...44

2.8 Tópicos……45

CAPITULO III: Presentación de análisis y resultados

3.1 Acerca de la estructura de análisis……46

3.2 Desarrollo del análisis……...46

3.2.1 Primer tópico: La mirada de los profesionales acera de Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657.....46

3.2.1.1 Apreciaciones, posturas y características acerca de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657……...47

3.2.1.2 Relación con la formación, experiencia laboral y/o apreciaciones del trabajo en la institución actual……..56

3.2.2 Segundo tópico: sobre los consumos problemáticos……...64

3.2.2.1 Perspectivas expresadas en relación a la problemática……....64

3.2.2.2 Mitos y representaciones sociales en torno a los usuarios……...68

3.2.2.3 Debilidades y fortalezas en el abordaje……..……...76

CAPITULO IV: Consideraciones finales

4.1 Bibliografía para la construcción de la dimensión teórica……89

CAPITULO V: Herramientas bibliográficas

5.1 Bibliografía para la construcción de la dimensión teórica……94

5.2 Bibliografía para la construcción de la dimensión metodológica……98

AGRADECIMIENTOS

A papá y mamá por apoyarme y confiar en mí siempre, por enseñarme a luchar por los sueños colectivos.

A lxs 30.000 mil compañerxs detenidos desaparecidxs de la última dictadura cívico-militar, porque lucharon por un país libre, democrático, soberano y con justicia social.

A mis amigxs, por acompañarme y bancarme en las idas y vueltas de este proceso transformador e inolvidable que fue y es estudiar en la Universidad Pública.

CAPÍTULO I:

Acerca de la dimensión epistemológica

I. 1 - Introducción a la situación problemática

El uso y/o consumo de drogas es una problemática que con frecuencia aparece en el escenario público, en los medios de comunicación, en las redes sociales, en las escuelas, en las universidades, en el trabajo, en las reuniones con amigos o con la familia, entre otros tantos espacios que frecuentamos cotidianamente y que producen y reproducen modos de pensar acerca de este fenómeno. Lo cierto es que todos y todas tenemos algún pensamiento acerca de "la droga" o del "problema droga". Sea cual sea nuestra posición económica, social, y/o educativa, al decir la palabra "droga" tenemos representaciones sociales que constituyen nuestro modo de ver el tema en cuestión.

Es importante señalar que, si bien la curiosidad sobre la temática partió de la problemática sobre el consumo problemático de sustancias, en el proceso de introducción incorporé la noción de los ***consumos problemáticos*** más allá de la existencia de una sustancia o no, teniendo en cuenta que también existen conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado como compulsivo por un profesional de la Salud. De igual manera, el marco para abordar estas problemáticas es la Ley Nacional de Salud Mental, ya que se incorpora a las acciones y el consumo problemático como padecimiento mental de los sujetos, y por ende, una problemática de salud pública.

En nuestro país existe hace 10 (diez) años la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones. La norma es producto de años de lucha de diferentes sectores de la sociedad. Ahora bien, si pretendemos trabajar con situaciones de consumos problemáticos no podemos desconocer su existencia.

La Ley Nacional 26.657 de Salud Mental y Adicciones, sancionada a finales del 2010, en su artículo número cuatro dice: *"Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías*

que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud". De ese modo, se otorga al tratamiento del consumo problemático de drogas el mismo estatuto, incluyéndolo en el campo de la salud mental. No es un tema satélite, ya que el nuevo marco normativo exige un profundo replanteo de la representación del usuario de drogas al nominarlo como un sujeto de derecho. También obliga una lectura crítica de los dispositivos de atención por uso de drogas.

El espíritu de la ley es transformador, remarca explícitamente cómo se deben abordar las problemáticas, como el consumo problemático, en la Salud Pública: respetando los derechos humanos, la autonomía del sujeto, con prácticas de inclusión social, a través de un proceso de desmanicomialización, es decir, con la finalidad de poder desmontar el aparato represivo que se ha desarrollado a través de todo el recorrido histórico de la Salud Mental y que ha significado el avasallamiento de derechos humanos básicos de miles de personas con padecimientos mentales.

I. 1.2 - Antecedentes históricos del campo de la Salud Mental en Argentina

Es importante dar cuenta de que en nuestro país existe una larga trayectoria histórica vinculada al campo de la Salud Mental que configuró el escenario para la construcción de una normativa nacional. Y para su comprensión es organizador pensar diferentes etapas históricas.

Desde que se conformó el Estado Nacional Argentino, en 1853, de la mano de la "*generación del 80`"* hasta el primer gobierno peronista (1945) se desarrolló un Estado liberal como herramienta de una clase dominante que se encargó, entre otras cosas, de consolidar la apropiación violenta de la tierra como una herramienta de dominación. En esa sociedad, el ciudadano era el que ejercía los derechos civiles y políticos individuales, pero fuera de ella quedaban muchas personas: pobres, mujeres, niños, pueblos originarios y locos o alienados. Estas personas "inhabilitadas" o "fracasadas" eran foco de asistencia por parte de organizaciones filantrópicas o de beneficencia. Posteriormente se crean instituciones como asilos, orfanatos y los primeros hospitales psiquiátricos con un enfoque médico-científico.

En 1930, año en que se generó la primera gran crisis mundial conocida como *"la gran depresión"*, en argentina se desarrolló un proceso de migración interna del campo a la ciudad, donde la industrialización en las grandes ciudades iba a darle paso a generación de una clase trabajadora que se configuraría después en un actor social e histórico fundamental.

En ese contexto, en nuestro país surgió el peronismo, que junto a los sectores populares introdujo una nueva lógica de políticas sociales basada en la idea de derechos. Y en el campo de la salud fue un momento de transformación: se creó la Secretaría de Salud después, en 1949, el primer Ministerio de Salud del país, a cargo del Dr. Ramón Carrillo.

Carrillo sustituye la denominación de "alienados" por el término "*enfermos mentales" y pretende hacer del manicomio un hospital, ya que "la forma en que son estibados en ellos los enfermos, obliga a calificar, en muchos casos, a esos establecimientos como reducideros humanos*" (Carrillo, 1974). También generó los Centros de Psiquiatría Preventiva, que lo consideraba el órgano técnico para la profilaxis de las enfermedades mentales. Definía que *"pueden ser independientes del hospital común o anexos a él, son centros de diagnóstico y tratamiento clínico ambulatorio y, como tales, deben proveer al tratamiento externo de los enfermos mentales, ya sea como centros de consejo psicológico, ya como centros de cuidado de los enfermos dados de alta"* (Carrillo, 1974).

Posteriormente, con el golpe de estado de 1955 se inició un período de inestabilidad política que se manifestó en sucesión de golpes militares y breves períodos de gobiernos electorales con proscripción del peronismo. Pero también, hubo una creciente organización popular de resistencia que influyó y se manifestó en todos los campos, entre ellos en el de la salud mental.

Según Stolkiner (2018) bajo la influencia del proyecto desarrollista promovido por Estados Unidos se introdujeron propuestas de "modernización" en el campo de la salud mental acorde a idearios de la posguerra. Así, se crearon las carreras de psicología, se propusieron medidas políticas de reforma psiquiátrica y se creó el Instituto Nacional de Salud Mental (1957). Durante la dictadura de Juan Carlos Onganía (1966-1970) se elaboró el Primer Plan Nacional de Salud Mental (1967),

que tomó como modelo el Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria y la Ley Kennedy de 1963 de Estados Unidos. Resulta paradójico que mientras la mayoría de las reformas de salud mental sucedieron en procesos de democratización, en la Argentina entraron, en este período, como propuestas tecnocráticas durante dictadura (Pp. 34).

Pero la innovación en el campo de la salud mental no provino del Estado sino de las fuerzas irradiadas a la vida social por la resistencia y movilización. Así, cuando Mauricio Goldemberg[1] creó en 1957 el Servicio de Salud Mental Comunitaria en el Hospital de Lanús se pobló de jóvenes de ideas políticas y profesionales críticas, parte de una generación que desarrolló propuestas innovadoras realizadas por fuera o en las grietas de instituciones fosilizadas (Vainer; 2007).

Según Stolkiner (2017) "*este florecimiento sucumbiría ante el terror de estado en la última dictadura cívico-militar (1976-1983), precedido por la acción de fuerzas paramilitares (Alianza Anticomunista Argentina) que se ensañaron con estas experiencias alternativas. Mientras comenzaba un proceso de desfinanciamiento y descentralización de los servicios de salud en general, virando hacia una lógica de mercado, en salud mental se desarticularon las experiencias innovadoras, se vaciaron las unidades académicas y muchos de sus principales protagonistas fueron víctimas de la desaparición o el exilio"* (Pp. 5)

Otro momento importante se desarrolló con el retorno a la democracia en 1983, durante el Gobierno de Raúl Alfonsín, cuando con la asesoría del Dr. Mauricio Goldemberg se desarrollaron los lineamientos de un Plan Nacional de Salud Mental, se impulsaron Direcciones de Salud Mental en algunas provincias, y dispositivos como las Residencias Interdisciplinarias de Salud Mental (RISAM). Las medidas de gobierno abrieron la puerta a impulsos transformadores a los que se sumaba la fuerza con que los trabajadores del sector salud tomaron el ideario de Atención Primaria de la Salud, acordado en Alma Ata en 1978 (Stolkiner; 2018).

[1] fue un médico psiquiatra y psicoanalista argentino, pionero en el desarrollo de propuestas dinámicas y creativas, en el trabajo en equipo, en la formación de profesionales y pionero en avances conceptuales como las terapias grupales y sobre todo la inserción de los pacientes psiquiátricos en la comunidad.

Por su parte, la Provincia de Río Negro inició una reforma con enfoque comunitario que culminó en 1991 con la ley provincial N° 2.440 de "*Promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental"* también conocida como la "ley de desmanicomialización" que establecería el cierre de las instituciones de internación. Este período aportó la confluencia novedosa entre Atención Primaria de la Salud -con eje en su enfoque participativo- y salud mental, dejando la semilla de la posibilidad de su integración.

La crisis hiperinflacionaria del gobierno de Alfonsín en 1989 operó como un disciplinador social de gran magnitud para que se iniciara una dramática transformación de la relación entre estado, mercado y sociedad. El ideario del Consenso de Washington (1989) de liberar las fuerzas del mercado, desregulando la economía y reduciendo el "gasto" social de los estados impactó directamente en el campo de la Salud Mental en nuestro país, ya que se apuntó a un mercado de seguros en competencia en el cual el acceso dependía de la capacidad de cada unidad familiar de proveerse los servicios. Para quienes no pudieran hacerlo, se proponían políticas focalizadas de servicios mínimos que el estado podía contratar en el sector privado (Stolkiner; 2018)

Luego de la crisis económica, social y política en que culminó este período en el año 2001, durante los sucesivos gobiernos de Néstor Kirchner y Cristina Fernández, se redefinió nuevamente la relación entre estado-mercado y sociedad, reasignándose al Estado un rol rector de la economía y tendiendo a un desarrollo basado en la generación de empleo, ampliación del mercado interno y políticas sociales con enfoque de derechos[2].

Si el nacimiento de las políticas en Salud mental estuvo fuertemente ligado a los estados sociales o de bienestar de la posguerra y a la ampliación del ideario de Derechos Humanos, y si **Franco Basaglia afirmaba que una política de desmanicomialización requería de una política de empleo pleno, estaban dadas las condiciones para pensar una transformación en el campo.** No obstante, no se presentaba como tarea fácil en un sistema de salud fragmentado y segmentado y con actores corporativos poderosos. Tampoco lo facilitaba el

[2] http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/tag/ley-nacional-de-salud-mental/

hecho de que las representaciones hegemónicas sobre la locura siguieran siendo afines con el modelo manicomial.

La contraparte es que en el campo de la salud mental **habían aparecido nuevos actores:** las organizaciones de derechos humanos y las de usuarios y familiares, que desequilibraban la tradicional puja corporativa anterior. Años de debate e intentos[3], de experiencias parciales y de lucha parecían cuajar en un momento propicio para intentar una transformación necesaria.

El informe *"Vidas Arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos en Argentina"* (2007) llevado adelante por el del Centro de Estudios Legales y Sociales publicitó la situación de las personas internadas en las instituciones psiquiátricas en el país. Como conclusión de ese informe, que develó existencias sumidas en graves violaciones de derechos, se proponía crear una legislación que se enmarcara en el "enfoque de derechos en políticas públicas", una propuesta del siglo XXI. La ley Nacional de Salud Mental, su posterior decreto reglamentario, así como los dispositivos creados para su implementación iniciaron un proceso con tensiones y puja de actores que continúa hasta la actualidad.

I.1.3 – Sobre la constitución específica de la norma

Es necesario e importante resaltar que la sanción de la ley de Salud Mental 26.657 **significó un proceso en donde se abrió el debate y la participación de diferentes actores institucionales y sociales atravesados por las problemáticas del campo**. Fue un proceso de creación, redacción y unificación de materiales y experiencias, pero que también fue fundamental el desarrollo de acuerdos, de consensos entre los diferentes actores involucrados para garantizar

[3] En este sentido, es importante remarcar la existencia de los congresos de "Salud Mental y Derechos Humanos" organizados por la Universidad Popular de Madres de Plaza de Mayo a partir del año 2002 y sostenido por más de una década, en dónde se desarrollaron y encontraron diferentes actores y movimientos antimanicomiales vinculados al campo de la Salud Mental para generar la constitución de ámbitos de pensamiento crítico que a partir del rigor científico permitan abordar los problemas de la Salud Mental y su relación con los Derechos Humanos como una forma de articulación entre disciplinas generalmente disociadas. La devastación de los vínculos sociales, las diversas formas de privatización del sufrimiento colectivo, la pérdida de espacios de pertenencia y producción y las crecientes políticas represivas son algunos de los temas que se abordaron durante los encuentros.

la transformación de prácticas y discursos posterior a la sanción. Dicho en otras palabras, se trató de **una línea jurídica y otra política.**

Leonardo Gorbacz, diputado impulsor de la norma en aquel contexto, sostiene[4] que fue un doble desafío: por un lado, unificar diferentes herramientas para desarrollar un texto y presentar un proyecto de ley, basándose por un lado, en elementos de carácter jurídico, experiencias como la de desmanicomialización de Río Negro con Hugo Cohen como referente documentos y declaraciones de la Organización Panamericana de Salud (OPS), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la investigación clave que desarrolló el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) en el 2007 llamada "Vidas arrasadas" acerca de la vulneración de derechos humanos en las instituciones de Salud Mental de nuestro país.

Por otro lado, en lo relacionado a lo político al momento de construir la normativa, fue fundamental la participación, la lucha y sobre todo la experiencia de diferentes actores que buscaban una transformación en el campo de la Salud Mental, fundamentalmente usuarios, familiares, organizaciones de derechos humanos y asociaciones de profesionales, entre otros.

Se apostó a la construcción de alianzas políticas para comprometer a las organizaciones que militaban dicha transformación, ya que se podía lograr la sanción pero había que garantizar el compromiso de trabajar para hacer cuerpo la ley en lo cotidiano. Dice Gorbacz (2020) *"La ley sirvió como unificador de diferentes luchas que estaban dispersas y nos ayudó a construir un colectivo que hasta hoy funciona como tal".*

Además, Gorbacz señala que se logró un gran acuerdo, con la excepción de un sector que era la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA): "*Todos tuvieron espacio para hablar, después se dijo que los que estaban en contra (Asociación Psiquiatras Argentinos), cuando perdieron la votación, no habían sido convocados, pero lo cierto es que fueron convocados y hasta está documentado"*

[4] Ver conversatorio: https://www.facebook.com/spsm2/videos/933480997126197/UzpfSTEzMjY2NzE0MTc6MTAyMTc2ODYyMzk0NTA4ODE/

I.1.4 – ¿Entre dos paradigmas?

Retomando los puntos que llevaron adelante esta investigación, a pesar de este proceso de consenso y acuerdos, aún hoy muchos discursos como así también las prácticas que desarrollan diferentes sujetos, están relacionados con las ideas de peligrosidad, rechazo, enfermedad, delincuencia, enraizada fundamentalmente en juicios morales. Esa concepción se encuentra basada en la **perspectiva abstencionista/prohibicionista** acerca de la problemática del consumo de drogas, tratándose además de la visión hegemónica. Este paradigma, conocido como el de "la guerra contra las drogas", **se caracteriza por generar discursos y prácticas profundamente estigmatizantes y discriminatorias**, en donde el foco de las intervenciones están puestas en la sustancia, o en la acción persiguiendo la idea de lograr el consumo cero mediante la internación fuera del contexto social y sin contacto con el exterior por un tiempo determinado, estamos hablando de un proceso que **exige la abstinencia.**

Necesario es remarcar que la internación del sujeto con consumo problemático es viable cuando se agotaron todas las otras instancias de abordaje de la problemática en pos de mejorar la calidad de vida de éste. Dice la Ley Nacional de Salud Mental (2010) en el artículo 14, del capítulo VII, dedicado específicamente a las internaciones, que la misma *"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 e las personas internadas con sus familiares, allegados y con su entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente" (Pp.23)*

Hay una realidad que es fundamental que tengamos presente para comenzar a trabajar esta problemática: en el campo de la Salud Mental coexisten diferentes posicionamientos de carácter teórico-epistemológico, un recorrido social e histórico que configura su actualidad, marcos jurídicos-normativos que se entrecruzan y hasta se contradicen, una dimensión técnica-instrumental como así

también fundamentos de carácter ético-político que se disputan cotidianamente los sentidos sobre las problemáticas de este campo.

En consecuencia, y en oposición al paradigma de la prohibición, se encuentra la perspectiva de reducción de daños y riesgos del uso y/o consumo de drogas, que apunta a minimizar los daños negativos del consumo más que a querer eliminar el mismo. Acepta las decisiones personales de cada sujeto, queriendo evitar las consecuencias negativas en términos de salud individual y social, ya que considera al sujeto consumidor como miembro de la sociedad, sin estigmatizar, criminalizar o excluir.

Tenemos que tener algo en claro: desde dónde nos posicionamos epistemológicamente con respecto a esta problemática, tendremos una postura de cuáles son las políticas públicas que se deben llevar adelante, cuál es el papel del Estado, qué tipo de políticas preventivas y asistenciales vamos a desarrollar, etc.

Y es sobre esto que la Reducción de Daños propone **un abordaje intersectorial, interdisciplinario y territorial, comunitario.** Una propuesta de trabajo que se contrapone al paradigma punitivista, que ha dominado el campo de los padecimientos mentales durante siglos.

Según la *Declaración de Magistrados de Argentina por una Política de Drogas respetuosa de los Derechos Humanos* (2016) la conocida “guerras contra las drogas” y el desarrollo de políticas públicas criminalizadoras y represivas no han hecho nada más que demostrar que es una estrategia equivocada, que termina en un fracaso tanto en Argentina como en la gran mayoría de los países del mundo, donde no se ha logrado disminuir el consumo de sustancias, perseguir eficazmente al crimen organizado, asegurar el derecho a la salud de las personas que usan drogas prohibidas, ni garantizar el acceso a las sustancias a quienes las precisan con fines médicos, terapéuticos o paliativos del dolor. Sin embargo, en los últimos años se han desarrollado algunos cambios en nuestro país con respecto a la regulación del cannabis para uso medicinal.

La alianza “Cambiemos” (PRO-UCR-CC) que gobernó la Argentina desde finales del 2015 hasta finales del 2019 tuvo como una de sus promesas de campaña

electoral -junto a la pobreza cero y a la eliminación del impuesto a las ganancias- a **"la lucha contra el narcotráfico".** En este sentido, la política que ha llevado adelante se encontró más cerca de un paradigma prohibicionista, tradicional. Mucho presupuesto se destinó para "perseguir" el crimen organizado, siendo así una política más relacionada a la Seguridad que a la Salud. Los "logros" del gobierno en esta materia se cristalizaron en la captura de grandes cantidades de marihuana y cocaína principalmente en las fronteras con Paraguay y Bolivia.

Con respecto a la **insistencia de los Estados Nacionales en reproducir una política prohibicionista**, enfocada en la sustancia, principalmente hablando del cannabis, el periodista Emilio Ruchansky, autor del libro "Un mundo con Drogas", sostiene que *"el interés sigue siendo el mismo: mantener los sueldos de un sistema local e internacional, una burocracia planetaria como lo llamó el ex presidente uruguayo Pepe Mujica. Que se trate de un tema de Seguridad le sirve principalmente a las agencias policiales del mundo. Y últimamente a las militares también. Por supuesto, también a sectores ligados a los tratamientos forzosos y/o abstencionistas que siguen nutriéndose de la idea de una enfermedad moral, de la debilidad espiritual y quienes en muchos países se alimentan de "clientes" gracias a la penalización de la tenencia de cannabis para consumo personal. Algunos activistas también suman a la industria farmacéutica. Estos serían agentes "legales" interesados en mantener el statu quo" (pág.1).*

En la misma línea, el Dr. Carlos Damin (2018) afirma que en el actual contexto las dificultades para lograr una política de reducción de daños es aún mayor, porque el cambio de gobierno del 2015 hasta el 2020 cortó con un camino que Argentina estaba transitando hacia otro paradigma, donde la SEDRONAR cumplía un rol fundamental, pero que hoy en día no es que esa política no exista en este organismo, sino que *"nadie la escucha en el gobierno"* (Pág.10)

Sin embargo, en relación al uso del cannabis con fines médicos, en marzo del 2019 Gobierno Nacional presidido por Mauricio Macri reglamentó la ***Ley 27.350, de Uso Medicinal de la Planta de Cannabis y sus derivados que había sido aprobada y promulgada el 29 de marzo de 2017***. Se reglamentó las condiciones para la producción, difusión, manejo y acondicionamiento en invernáculos del cultivo de cannabis destinado a la producción de aceite

medicinal. En el texto, que se publicó en el Boletín Oficial, se estableció que para la elaboración del aceite tendrá que pedirse la autorización correspondiente al Instituto Nacional de Semillas (Inase), que ejercerá el control de todas las instancias del proceso, mientras que los interesados en producirlo tendrán que contar con un predio que cuente con las características de un lugar destinado a la producción agrícola o a la investigación, y se deberá designar un técnico que se haga responsable de esa tarea. En caso de detectarse anomalías se podrán aplicar multas de hasta cien mil pesos y llegar incluso a la prohibición, total o temporal del producto.

De igual manera, esta medida había recibido críticas por parte de sectores que luchan desde hace años por el derecho al autocultivo. Valeria Salech, presidenta de Mamá Cultiva, una ONG que impulsa el uso del cannabis para tratar enfermedades o aliviar algunos de sus síntomas, aseguró que la reglamentación está orientada a la producción industrial: *"es mucho más urgente implementar el permiso para que cultiven las familias para facilitar el acceso de derivados de cannabis a quienes los necesitan para tratar el Alzheimer, Parkinson, esclerosis múltiple, autismo y epilepsia refractaria, entre otras afecciones (...) Lo que se publicó está orientado a la producción industrial y apunta a aclarar cómo se va a llevar adelante el cultivo anunciado para Jujuy con inversión extranjera (refiriéndose a la reciente habilitación del primer centro para elaborar cannabis medicinal en el país, que se instalará en esa provincia norteña con inversión de EEUU")5.*

Sin embargo, a finales del 2020, precisamente el 12 de noviembre el Gobierno Nacional generó una nueva reglamentación de la ley de Uso Medicinal del Cannabis (27.350), donde **amplió su utilización más allá de la epilepsia refractaria**. Permite el autocultivo, garantiza la provisión para pacientes, fomenta la investigación y autoriza la producción pública y privada de aceite y otros derivados, lo que fue celebrado por pacientes, familiares y organizaciones. La nueva reglamentación -que deroga el Decreto N° 738/2017- surgió a partir de la construcción de consensos entre las autoridades sanitarias, las sociedades

[5] Recuperado de: https://www.pagina12.com.ar/179277-cannabis-medicinal-las-familias-reclaman-por-el-autocultivo

científicas, los organismos públicos involucrados y las organizaciones no gubernamentales.

"Es la reglamentación que esperábamos en marzo de 2017. No podemos más que celebrar que en un contexto como éste el Gobierno nacional haya escuchado el pedido de la sociedad y haya visto que la marihuana no sólo no es un flagelo sino que puede ser una solución para muchas personas", dijo Valeria Salech, presidenta de Mama Cultiva[6]

En la actualidad, en Argentina, el gobierno nacional es presidido por el Dr. Alberto Fernández, quien asumió el 10 de Diciembre del 2019 después de ganar las elecciones el 27 de octubre del mismo año junto al bloque "Frente de Todos". Este cambio de carácter político en el gobierno nacional implicó importantes transformaciones en lo que tiene que ver con el rol del Estado en lo relacionado a la Salud Mental.

En primer lugar, porque volvió a existir el Ministerio de Salud como tal, después de que el gobierno anterior baje su jerarquía a Secretaría; y por otro, porque designó a Gabriela Torres al frente de la SEDRONAR, dando cuenta que la titular de la cartera es una Licenciada en Trabajo Social con una perspectiva social de la problemática de los consumos, más vinculada con las experiencias de reducción de daños y riesgos que desde la perspectiva biologicista o abstencionista.

En diciembre del 2020 se cumplieron 10 años de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. Debemos tener claro que un marco jurídico no alcanza para desmontar un sistema de las características del manicomio, pero es una gran herramienta para luchar todos los días. Ya lo advertía Leonardo Gorbacz (2011), que "*la aplicación de la ley será un continuo romper y construir. Es tarea de cada uno de nosotros cuestionar cualquier tipo de intervención política, judicial, administrativa o terapéutica, que bajo argumentos tutelares o proteccionistas avasallen los derechos o la autonomía de una persona con padecimiento mental" (Pp. 117)*

[6] Recuperado de: https://www.telam.com.ar/notas/202011/534608-cannabis-medicinal-reglamentacin-decreto.html

Es por eso que surgió el interés de investigar acerca de las representaciones sociales de los profesionales del campo de la Salud Mental de Paraná, teniendo en cuenta que ya transcurrieron prácticamente diez años de la sanción de la ley 26.657 y que, al tratarse de una herramienta jurídica que **pretende deconstruir el paradigma abstencionista** con el cual la problemática de las drogas ha sido abordado de manera hegemónica, **implica conocer , problematizar y analizar los discursos como así también las prácticas que producen y reproducen los y las profesionales que trabajan con esta problemática**. Una herramienta jurídica tan importante como esta ley es necesaria para lograr procesos de transformación, pero no es suficiente. En muchos casos, los profesionales que ocupan los espacios laborales fueron formados bajo una perspectiva tradicional del consumo de drogas. Y son muchos los que hoy conviven día a día en las instituciones entre “lo tradicional y lo nuevo”.

Es interesante poder dar cuenta de este proceso en el Centro huella de la ciudad de Paraná, tratándose de una institución de referencia regional, pública y local en donde se aborda al consumo problemático de los entrerrianos bajo un paradigma clínico territorial. **El Centro Huella es una institución de referencia provincial en Diagnóstico, Tratamiento, Capacitación y Prevención Comunitaria de las Adicciones. Dependiente de la Dirección Provincial de Salud Mental y Adicciones**, se trata de un actor fundamental en lo relacionado al abordaje sobre la problemática desde la esfera estatal. Es interesante poder dar cuenta lo que produce y reproduce sobre ella a través de la mirada y las intervenciones que llevan adelante los profesionales.

Algunas de las preguntas que me llevaron a querer indagar sobre esta problemática fueron:

¿Cómo repercute la sanción de la ley de Salud Mental en las representaciones sociales de los profesionales que trabajan con situaciones de consumo problemático?

- ¿cómo perciben a la problemática de los consumos problemáticos los y las profesionales?

- ¿Cómo conciben a los usuarios de drogas los profesionales de la Salud Mental en estas instituciones?
- ¿De qué manera abordan la problemática?
- ¿Cuáles son los principales obstáculos para trabajar con esta problemática?
- ¿Cómo piensan al rol del Estado en lo relacionado a la Salud Mental?
- ¿Cómo perciben su situación los usuarios?
- ¿La formación de los profesionales en Salud Mental fue y/o es adecuada a la ley?
- ¿Se desarrollan instancias de capacitación para los profesionales?
- ¿Cómo llega la demanda a la institución?
- ¿En qué afecta el contexto social, político y económico en la cotidianeidad de la institución?

I.2 - Justificación del problema

El punto de vista de consumo problemático de sustancias es una categoría relativamente en construcción. La sanción y reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 en el 2010 legítima este enfoque ya que tienen el mismo horizonte, la autonomía del sujeto, el respeto por los derechos humanos, la desestigmatización, la inclusión social. Sin embargo, todos los días se producen y reproducen discursos y prácticas en las instituciones públicas y privadas, ancladas en el viejo paradigma abstencionista que ha impactado negativamente tanto a nivel subjetivo de los usuarios como a nivel colectivo, desgarrando el tejido social, discriminando y marginando a los usuarios de drogas.

Estamos ante una problemática compleja que necesita ser **abordada desde un punto de vista integral**, intersectorialmente, porque cuando el consumo se vuelve problemático nuestra cotidianeidad se vuelve difícil de sobrellevar. Aquí es fundamental la presencia del Estado, quien debe garantizar los servicios de Salud pública para todos los ciudadanos en situaciones de consumos problemáticos.

Es necesario estar acompañado, contenido, estimulado, ser escuchado y tener un proyecto de vida que mejore la calidad de vida de las personas. Es decir que la

política de sector no es una herramienta que aporte al abordaje de esta problemática. No es un tema que se va a resolver por el sector Salud, o por el sector Acción Social, o por el sector Educación. Es un tema que atraviesa a muchos sectores (SALUD-EDUCACIÓN-DESARROLLO SOCIAL-JUSTICIA) y la Ley de Salud Mental plantea el eje de la intersectorialidad como fundamental en el abordaje de los padecimientos mentales en nuestro país.

Por otra parte, y es absolutamente necesario tenerlo en cuenta, en el actual contexto político-económico de nuestro país, esta problemática social se ve más complejizada. El Estado argentino, durante el gobierno de Mauricio Macri (2015-2019), ha desarrollado un modelo político, social, económico y cultural enraizado en la **matriz neoliberal**, que entre otras cosas implica una fuerte retirada del Estado en lo relacionado a lo social, a la distribución del ingreso, con un extraordinario endeudamiento, y con decisiones en materia de política económica que benefician de manera directa a los actores del mercado financiero. Por eso es importante ver los impactos que ha generado en el abordaje de esta problemática la un modelo político de ausencia estatal.

El cambio de gobierno a finales de diciembre de 2019 implica también un cambio en el modelo político, social, económico y cultural. Las problemáticas sociales vuelven a ser foco de la intervención del Estado, pero ante un contexto de endeudamiento de nuestro país con organismos internacionales, es real que las prioridades del Estado tienen que ser minuciosamente organizadas para su prevención, promoción y asistencia.

El Estado es el que debe garantizar el acceso a los servicios de Salud Pública para todos los ciudadanos de nuestro país. Desde principios del 2016, el Estado argentino ha tomado decisiones que fueron en contra del espíritu de la ley nacional de Salud mental. Una de ellas fue la resolución 1003/2016 del Ministerio de Salud de la Nación, publicada el 19 de julio del 2016 en el Boletín Oficial, que deja sin efecto la resolución 1484, de septiembre de 2015, que propiciaba “asegurar el derecho a la protección de la Salud Mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos” establecido por la Ley de Salud Mental 26.657. Lo esencial dispone de esta normativa es *“la prohibición de creación de*

nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados".

Existieron varios intentos, por parte del Poder Ejecutivo representado por Mauricio Macri, de echar atrás lineamientos básicos que plantea la Ley Nacional de Salud Mental mediante derogación de artículos y decretos reglamentarios que instalan nuevamente la idea biologicista de la problemática. El 10 de noviembre se dio a conocer un proyecto de reforma del decreto reglamentario de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 por el cual se pretendía dar un giro rotundo en la política de salud mental que tuvo como marco aquella ley sancionada con grandes acuerdos y valorada como ley modelo por los organismos internacionales de protección de derechos humanos. Fue sumamente grave que se intente hacer esta reforma a través del decreto reglamentario siendo evidente que se trataba de modificar los postulados centrales de la Ley Nacional de Salud Mental. Por esa vía se evitó la intervención del Congreso de la Nación en el debate, ámbito institucional para las modificaciones de esta índole.

Con respecto a lo expresado, Alicia Stolkiner (2017) sostiene que *"la ley Nacional de salud Mental, su posterior reglamentación, así como los dispositivos creados para su implementación iniciaron un proceso con tensiones y puja de actores. Tensión que continúa con el cambio de gobierno en diciembre del 2015 porque luego del mismo, y acorde a nuevos postulados neoliberales, se han sucedido presiones para desarticular la Ley en sus efectos y para separar la atención de las adicciones de la órbita de la misma" (Pág.37)* Además, remarca que el intento del gobierno de modificar la ley cambiando su decreto reglamentario en el segundo semestre del 2017 se vio truncado gracias a la resistencia de quienes sostienen la ley.

Y si esto fuera poco, el contexto empeoró aún más cuando el gobierno de Mauricio Macri anunció los últimos días de agosto del 2018 la reducción de diez Ministerios a Secretarías. Así fue que **el Ministerio de Salud pasó a ser una Secretaría junto con Cultura, Ciencia, Tecnología, Medio Ambiente, Modernización, Agroindustria, Defensa y Turismo**. Estas medidas persiguieron

la "necesidad" de generar ahorros, de reducir el gasto público mediante estrategias que generen respuesta más "eficaces" y "focalizadas"[7].

En ese sentido, Andrea Vázquez (2018) en *"Las Políticas del sufrimiento"* remarca que el gobierno nacional de Mauricio Macri estuvo obstaculizando el proceso de implementación de la ley desde el 2015: *"Estos obstáculos se expresan en dos dimensiones. Por un lado se van neutralizando los espacios creados para la discusión y monitoreo de la ley y por otro lado vuelve a jerarquizarse un enfoque unicausal, biologicista, individualista y orientado a buscar explicaciones en teorías basadas en evidencias y en las neurociencias. (...) La retracción de las intervenciones territoriales y comunitarias, la recentralización de la mirada médica en la producción de diagnósticos y, lo más importante, la toma de distancia de las vivencias de los sujetos en cuanto a sus padecimientos" (Pág. 50)*

En la misma línea que el gobierno anterior, en la ciudad de Paraná, la Municipalidad ha llevado adelante el abandono y desmantelamiento del Centro Preventivo Local de Adicciones (CePLA), que funcionaba desde el año 2014 en el Salón de Usos Múltiples del Barrio Anacleto Medina, mientras se esperaba la finalización de la construcción de un edificio propio en la zona sur de la ciudad, el cual se encontraba con más del 50% del proceso terminado. Hoy en día, el lugar está abandonado y se dieron de baja los contratos del equipo terapéutico que realizaba trabajos con situaciones de Consumos problemáticos.

Es en este contexto[8] que se desarrolló esta investigación considerando importante el cómo se concibe y se trabaja la cuestión del consumo problemático en una institución pública y de referencia por parte de los profesionales que la conforman.

La construcción de la Salud Mental en general y el abordaje del Consumo Problemático en particular desde una perspectiva de derechos se lleva adelante (y se defiende) desde todas las dimensiones y espacios, y es aquí donde es sumamente importante indagar acerca de los modos de ver y abordar esta

[7] Ver: https://www.laizquierdadiario.com/El-Gobierno-ataca-donde-mas-duele-que-hay-detras-de-la-eliminacion-del-Ministerio-de-Salud

[8] Es necesario aclarar que el marco teórico y las entrevistas fueron realizadas antes de la pandemia mundial por la COVID – 19.

problemática, tan cargada de prejuicios y estereotipos, fortalecidos durante años por los discursos y las prácticas del Estado, los profesionales, las instituciones, los medios de comunicación y la sociedad en general.

I.3 - Relevancia social y académica

La categoría de consumo problemático es relativamente nueva y con diferentes posturas, esto hace necesario la investigación científica en dicho campo para poder dar cuenta de experiencias que dejen de estigmatizar y criminalizar a los consumidores de drogas desde un punto de vista moralizador y tutelar. Problematizar nuestros consumos en una sociedad tan consumidora. Poder realizar una investigación con las representaciones sociales de los profesionales de diferentes instituciones es necesario, ya que así se pueda dar cuenta de obstáculos, de fortalezas, las experiencias de rupturas y de continuidades con las formas de ver y de abordar la problemática del consumo problemático de drogas.

I. 4 - Estado del arte – antecedentes

Mis primeras búsquedas en relación a la temática de Consumo Problemático comenzaron indagando trabajos de la autora Graciela Touzé, Trabajadora social y Especialista en Ciencias Sociales y Salud. Es Presidenta de Intercambios, una Organización No Gubernamental que estudia y atiende los problemas relacionados a las drogas. Es Profesora e investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires desde 1990; Consultora del Grupo Internacional de Investigación en Toxicomanías de la Federación Internacional de Universidades Católicas (París) desde 1989. Además, fue miembro fundadora de la Red de Organizaciones No Gubernamentales que Trabajan en SIDA de la Argentina y de la Red Latinoamericana de Reducción de Daños (RELARD), de la que fue su Directora ejecutiva en 1999 y 2000. Y fue miembro del Fondo de Ayuda Toxicológica entre 1976 y 1995 e integrante del equipo técnico de la Comisión Nacional para el Control del Narcotráfico y el Abuso de Drogas entre 1986 y 1989.

Touzé (1993) desarrolla líneas de análisis acerca de cómo se ha construido social e históricamente la “problemática de las drogas” haciendo énfasis que fue con el advenimiento de la modernidad y posteriormente con la influencia de los Estados

Unidos que dicha problemática se constituye con una visión hegemónica abstencionista como hoy la conocemos. Por otra parte, Raler, Oliver (2000) también enmarca la construcción social de esta problemática en intereses políticos y económicos de las potencias del mundo como Estados Unidos y Gran Bretaña.

El texto que realiza Cymerman (2001), desarrolla las estrategias de intervención desde el paradigma de reducción de daños, plasmando experiencias en otros países que marcan un quiebre con aquella vieja lógica abstencionista que no ha hecho nada más que potenciar los estereotipos y prejuicios acerca de los consumidores de drogas siendo ineficaz desde el punto de vista de la Salud Pública y no cuestionando ni transformando toda la organización que existe en el Mercado y en Estado en relación a la venta de drogas ilegales.

Son muchos los trabajos que fundamentan el agotamiento del modelo abstencionista para abordar la problemática del consumo de drogas. Según Romani Oriol (2016), fundamentando los viejos métodos de prevención del consumo no hacen más que individualizar la problemática y fortalecer la mirada juzgadora hacia los consumidores de drogas en un mundo consumista en donde las sustancias legales o permitidas por el juego del mercado como el tabaco y el alcohol no son problematizadas como las ilegales.

Por otra lado, y retomando los trabajos de Touzé, fue de gran interés el aporte que me brindó "*Prevención del consumo problemático de drogas*. Un enfoque educativo". El interés aquí se centra en desenmascarar estereotipos frecuentes respecto del tema, de identificar los diferentes discursos en el ámbito educativo frente a la problemática del consumo de drogas y su prevención; ocuparse de las relaciones entre salud y educación en el contexto escolar y diseñar estrategias pedagógicas que promuevan actitudes preventivas en la escuela. Es una propuesta de prevención integral que se enmarca en una aspiración a favor de una mejor calidad de vida y de redefinición de los vínculos interpersonales y sociales.

En la misma línea se enmarca el trabajo de Kornblit, Ana Lía y Otros (2011) *"Prevención del consumo problemático de drogas.* Proponiendo estrategias

pedagógicas para tratar el tema en espacios socio-educativos y así lograr romper con la visión abstencionista del consumo de drogas, apelando a una perspectiva de reducción de daños con diferentes estrategias de prevención.

Importante fue dar cuenta de un trabajo con orientación a la investigación que se desarrolló en la Facultad de Trabajo social: De La Vega, Evangelina (2002) "*Representaciones sociales de los trabajadores sociales, que trabajan en los centros de rehabilitación "Huella, Luz de Vida y Renacer", acerca de los sujetos adictos a las drogas".*

Este proyecto trabaja con la categoría de adicción y se acerca más a la perspectiva tradicional que a la propuesta de reducción de daños. Las entrevistas a profesionales dan cuenta de la fortaleza, en ese entonces, de la perspectiva abstencionista en la formación de los Trabajadores sociales, teniendo en cuenta que todavía si bien existía la perspectiva de Reducción de Daños no tenía el alcance y el espacio que quizás hoy (con la sanción de la ley nacional de Salud Mental 26.657) tiene dicho enfoque en la formación de los Trabajadores sociales y profesionales que trabajan en el campo de la Salud Mental.

Este proyecto potenció el interés por saber qué piensan hoy los profesionales del campo de la salud mental en nuestra ciudad con respecto al consumo problemático de drogas, cómo ven la problemática y cómo accionan cotidianamente frente a estas situaciones en sus espacios profesionales. Tratándose de una problemática que se consolidó fuertemente durante muchos años bajo una perspectiva positivista, abstencionista, que no ha hecho más que profundizar los prejuicios y estereotipos y teniendo en cuenta que han pasado tan solo 7 años de la reglamentación y 10 de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones que pretende deconstruir todo el aparato represivo montado históricamente en relación a los padecimientos mentales.

En su gran mayoría, los trabajos desarrollados pretenden desterrar la perspectiva abstencionista y construir alternativas desde la perspectiva de Reducción de Daños y Riesgos, apelar a la problematización de los modos de pensar la problemática, apostando a una estrategia diferente desde la Salud pública, los medios de comunicación, las instituciones educativas, haciendo énfasis en que

durante décadas el enfoque en la sustancia ha dejado afuera las problemáticas de la vida cotidiana de los sujetos, su contexto. Que las respuestas punitivas y curativas a los consumidores de drogas no han solucionado ni disminuido el consumo; que el capitalismo es un sistema que nos enseña a consumir, que existen consumos problemáticos y otros que no; que las drogas ilegales no son tan cuestionadas socialmente como las ilegales y que arrojan grandes estadísticas negativas en sus efectos nocivos, entre otras cosas.

I.5 - ¿Desde qué visión analizo esta problemática?

En primer lugar es fundamental tener en cuenta que para poder entender los ***consumos problemáticos*** tenemos que ser conscientes de que se está ante una problemática social compleja, multicausal, una problemática que se conforma de diferentes factores que a su vez pueden asumir diferentes formas. Por eso es que tenemos que partir desde una **perspectiva relacional del problema**, es decir, desde un punto de vista en el cual ya no sea la sustancia lo importante, por lo que debemos trabajar día a día, sino que debemos incorporar la mirada que relaciona al sujeto con una sustancia en un contexto determinado: SUJETO-CONTEXTO-SUSTANCIA.

En segundo lugar, partimos de la definición que plantea la Ley Nacional 26.934[9] que creó el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (2014), donde define a los consumos problemáticos como:

> "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" (Art. 2)

Pensar los consumos problemáticos desde la lógica de la Salud Mental implica hacer un recorte que no obstante no puede desconocer las otras dimensiones que

[9] Disponible en: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/230000-234999/230505/norma.htm

este problema tiene. El desafío es cómo pensar esta cuestión desde una disciplina como la Psicología, o el Trabajo Social y no construir una explicación netamente psicologista del problema.

Otra de las cuestiones importantes a dejar en claro es que los consumo problemáticos no se reducen a la categoría de Adicciones, **no todo consumo problemático implica una adicción; pero sí todo problema de adicción es una cuestión de consumo problemático**. Entonces, si el consumo de una sustancia se vuelve problemático, es decir que le dificulta sus relaciones sociales, su situación laboral, de estudio, etc., hay que interrogarse no sobre las sustancias, sino sobre las motivaciones que tienen esas personas para consumirlas de ese modo. En este sentido, nos corremos de la tradicional forma de encarar esta problemática, porque:

> Lo determinante no es el producto, sino la relación con el producto y el modo de vida en que se inscribe... (...) Así, existen varios modos de consumo, que comprenden las frecuencias y cantidades, pero también el tipo de compromiso en el uso de la droga definido por un sistema de relaciones, con sus rituales organizados alrededor de la toma del producto (Castel y Coppel, 1994: 230).

Es por eso que, las **representaciones sociales**, los actores, las prácticas individuales y colectivas que se producen y reproducen cotidianamente, los discursos en disputa, los sujetos, las sustancias y el contexto social, económico, político, ideológico y cultural conforman una gran constelación de dimensiones que exige el abordaje integral, en el sentido de que no podemos observar a este fenómeno desde un solo punto de vista: un fenómeno social complejo tiene que ser abordado desde el paradigma de la complejidad. Edgar Morin (1998) lo define como *"el tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico. Se presenta con los rasgos inquietantes de lo enredado, de lo inextricable, del desorden, la ambigüedad, la incertidumbre" (Pág. 32).*

Es por esto que las representaciones sociales de los profesionales que trabajan con esta problemática se tornan fundamentales para analizar cómo se ve y cómo también se pretende abordar. Cuáles son las continuidades y cuales las rupturas más marcadas post sanción de la ley de Salud Mental. Según Serge Moscovici (1979), **las representaciones sociales son**:

> Una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres (y las mujeres) hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación" (Pp.18)

Es muy importante tomar la teoría de las **representaciones sociales** porque son el sistema de valores, de ideas, de conceptos compartidos socialmente sobre algún fenómeno y que funcionan de dos maneras, por un lado como orientador de los sujetos en su relación con el mundo social, material y simbólico para poder desarrollarse cotidianamente; y por otro lado, generando códigos para nombrar y clasificar diferentes aspectos del mundo individual y colectivo, percibiendo como amenazante todo aquello que no se encuadre dentro de ese esquema.

Teniendo en cuenta estos aspectos, se indagó acerca de cómo se ha transformado (o no) las formas de pensar e intervenir en situaciones de consumo problemático, tomando como referencia el paradigma que plasma la ley de salud mental y las características de un problema social tan complejo.

Los problemas sociales se construyen en base a diferentes factores y es desde un enfoque que contemple todas las dimensiones que están en juego desde donde debemos intervenir. De esto emerge la necesidad de asumir esta problemática epistemológica y metodológicamente desde un carácter **interdisciplinario** en donde los diferentes enfoques construyen conjuntamente el abordaje. Es sumamente importante incorporar la noción de interdisciplina, ya que también es un pilar en el abordaje del consumo problemático de sustancias, como plantea la Ley Nacional de Salud Mental. Con respecto a esta forma de trabajo, como sostiene Alicia Stolkiner (1999):

> Pensar en un desarrollo interdisciplinario es programar cuidadosamente la forma y las condiciones en que el mismo se desenvuelve. Ya es sabido que la yuxtaposición de disciplinas o su encuentro casual no es interdisciplina. La construcción conceptual común del problema que implica un abordaje de esta característica supone un marco de representaciones común entre disciplinar y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción (pág. 1)

Es por eso que se vuelve fundamental desarrollar estrategias de abordaje integral, comunitario. Sobre todas las cosas, rescatar las experiencias existentes en el plano local como lo es el Centro Huella, que con aciertos y errores, se propone institucionalmente desarrollar un trabajo de estas características.

Este modelo de abordaje, que como mencioné anteriormente, es la estrategia de abordaje que más se condice con la ley de Salud mental y a su vez, es el paradigma que el Centro Huella adopta como horizonte en oposición al abstencionista. **Esas diferencias se centran básicamente en las concepciones de Salud, los objetivos de las actividades propuestas, las concepciones sobre los sujetos y los marcos operativos en los que se basan cada uno de ellos.**

Analia Kornblit (2015) señala que para desarrollar un abordaje integral comunitario se precisan una serie de pasos, y así lograr el objetivo de generar un "*sistema de respuestas comunitarias para debilitar al sistema que genera el consumo problemático".* Según la autora, es fundamental la identificación del problema por parte de la comunidad, la reunión de datos y experiencias previas, la organización comunitaria incluyendo la capacitación de los agentes, el fortalecimiento y la articulación de los recursos existentes en la comunidad y el diseño consensuado de respuestas al problema.

Como he señalado en el primer capítulo, esta forma incorpora el contexto en el que se desarrollan las prácticas de consumo y se enfoca entonces en prevenir, anticipándose a los efectos negativos que dicho consumo puede significar. La prevención y la promoción son políticas fundamentales para este paradigma.

I.6 - El consumo: ¿una cuestión problemática en nuestra sociedad?

El sistema de acumulación capitalista ya lleva muchos años como modelo hegemónico a nivel mundial. Si bien ha tenido a lo largo de la historia períodos de crisis, como en 1929 "la gran depresión" producto de la caída de la bolsa de Wall Street; o como la crisis financiera del 2008 que afectó las economías de la gran mayoría de los países del mundo, el capitalismo sigue haciendo de las suyas.

La caída del muro de Berlín en 1989 significó la derrota del socialismo, el fundamento de los Estados Unidos para explotar todas sus fuerzas en post de globalizar el consumo. Nacemos y nos criamos en un mundo capitalista, por lo que debemos pensar estrategias dentro de la lógica de su funcionamiento. Por eso es importante resaltar que hemos sido socializados en el consumo como modo de satisfacción de deseos y necesidades. En palabras de Kornblit (2011) *"el consumismo se refiere tanto a la compra de bienes o servicios considerados no esenciales, como al sistema político y económico que promueve la adquisición de riqueza como signo de status y prestigio, riqueza que es asimilada con la satisfacción personal"* (Pp.4)

Por su parte, Zygmunt Bauman (2007), advierte que estamos ante un periodo en que se produjo el pasaje de una sociedad de productores a una de consumidores, ya que se transformaron tanto las relaciones sociales como las instituciones de tal manera que en el mundo postmoderno los sujetos son educados para consumir, ya no para producir como se caracterizaba la sociedad más sólida. Entonces se prepara a los consumidores para que estén dispuestos a ser seducidos constantemente por las ofertas del mercado, a la vez que crean que son ellos quienes mandan, juzgan, critican y eligen. Los bienes y servicios de consumo son presentados a través de publicidades y propagandas de los medios de comunicación masiva como objetos capaces de satisfacer todas las aspiraciones de felicidad que puede tener una persona. La idea de tener para pertenecer. Si no puedes acceder no eres parte.

Atrás quedó la sociedad "sólida" en donde las instituciones como la familia, la escuela y la iglesia católica formaban a los ciudadanos. Cada uno tenía un rol y las normas sociales eran claras, no significa que era un mundo mejor, sino que se ha transformado al punto de estar en un proceso de desinstitucionalización, es decir, aquellas instituciones ya no son capaces de producir a los sujetos (Bauman, Zygmunt 2000). Nuestra sociedad se articula y se ordena en base al consumo, los ciudadanos compiten como en el mercado.

Entonces**,** el consumo de sustancia no puede ser juzgado en sí mismo. Hay consumos que no son problemáticos y otros que sí. Según la Ley 26.934[10], que

[10] Promulgada de hecho el 28 de mayo de 2014 pero no fue reglamentada. Los objetivos del plan IACOP son tres: prevenir los consumos problemáticos desde un abordaje intersectorial

creó el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos, sancionada el 30 de abril del 2014, *"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 (…) pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas –legales o ilegales- o producidas por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras (…)"* (artículo 2).

I.7 - Acerca del consumo de sustancias

El consumo de sustancias tiene una construcción social e histórica como todo fenómeno social. Es decir, el uso de sustancias siempre existió y durante siglos no fue un problema, sin embargo hoy sí lo son, entonces ¿por qué? Porque *"la manera de abordar el "problema droga" y la propia noción de "droga" varían según los sistemas de representación culturales y la época. La sustancias psicótropas inscriptas en muchas culturas no son consideradas como "drogas", mientras que en otras sí"* (Oliver Raler, 2000, Pp. 43)

Al respecto, es pertinente traer la idea de Graciela Touzé (1993) cuando sostiene que

> (…) cualquier tratado de farmacología da cuenta de la enorme variedad de psicofármacos naturales y sintéticos disponibles en la actualidad. Salvo las comunidades que viven en zonas árticas, desprovistas de vegetación, no hay un solo grupo humano que no haya hecho uso de alguno de ellos desde tiempos inmemoriales. Esto hace al asunto de las drogas un fenómeno plural en sí; se da en una pluralidad de tiempos, en una variedad de lugares y por medio de diversas sustancias.

Por eso, si tenemos que ubicarlo en el tiempo el "problema droga" se construye como tal en la modernidad. Porque en aquel contexto lo divino y lo tradicional sufrieron un gran impacto por la emergencia de la razón humana como ordenamiento del mundo, esa secularización implicó que aquellos valores por los cuales la vida del ser humano tenía sentido en la tierra ya no eran más los dominantes. La sociedad moderna se caracterizó por transformar la estabilidad de

---

encarado desde el Estado; asegurar la asistencia sanitaria integral y gratuita a los sujetos afectados e integrar y amparar socialmente a los sujetos de algún consumo problemático.

los lazos sociales y permitir el desarrollo y valoración de la vida privada, de la vida individual. Tal es así que el uso de drogas, que atravesó todos los siglos y todas las culturas, se convirtió en una práctica privada relacionada a las preferencias de la persona.

Siguiendo a Oliver Ralet (2000:43) fue hasta principios del siglo XIX que el uso de sustancias estaba relacionado con una práctica artística y psicológica en donde los Estados intervienen solamente en la producción de droga, fundamentalmente para tasarla y en donde el consumo era controlado social y religiosamente.

Fue en la segunda mitad del siglo XIX cuando la práctica de consumo de drogas comenzó a ser considerada "anormal" y problemática en términos de orden social, y entonces los Estados comenzaron a desarrollar medidas de intervención. Dice Graciela Touzé (2010) que "*el pasaje del morfinismo*[11] *a la morfinomanía*[12] *significó la transformación de una práctica puramente privada en actividad antisocial. A fines del siglo XIX se acuñó el término "toxicomanía" para designar el abuso de drogas no tradicionales en Occidente*" (Pp.20)

A partir de aquí se comienza a considerar a la práctica de consumo de drogas como una ***desviación*** en la conducta, en el sentido de que la persona no se ajusta a las normas sociales establecidas. Normas que se traducen en una forma socialmente aceptada de pensar y hacer de una determinada manera algo, y corregir, o condenar socialmente o penalmente a todas las acciones que no respeten o no se enmarquen en dichas normas. Lamentablemente, la "desviación" como fundamento para trabajar esta problemática está aún vigente en discursos y prácticas de sujetos que habitan el campo de la Salud.

La emergencia de esta perspectiva responde entonces a un fundamento netamente socio-político, que tuvo su epicentro en los Estados Unidos. Porque fue en aquel país donde se desarrollaron las bases del pensamiento prohibicionista.

[11] Se aplica al estado morboso producido por el abuso o empleo prolongado de la morfina o del opio: condición causada por la adicción a la morfina.

[12] Adicción a la morfina

En relación al surgimiento del prohibicionismo, Slapak, y Grigoravicius (2007: 241) aseguran que:

> (…) puede ubicarse en ciertos movimientos sociales que comienzan a gestarse en los Estados Unidos a fines del siglo XIX y principios del siglo XX. Por un lado, una creciente condena moral generalizada en la sociedad estadounidense, hacia el consumo de ciertas sustancias asociadas a poblaciones y sectores sociales marginados y discriminados por dicha sociedad, como los negros y los inmigrantes chinos y mexicanos. Por otro lado, el cuerpo de instituciones médicas y farmacéuticas de Estados Unidos intentan consolidarse como un monopolio en cuanto a la prescripción de sustancias psicoactivas y comienzan a condenar la auto-administración, rechazando la venta libre en farmacias.

Complementando esos acontecimientos, Gabriela Touzé (1993) le agrega otros factores que también permitieron el desarrollo y - por supuesto el financiamiento- de "la guerra contra las drogas" como lo declaró el 17 de junio de 1971 el entonces presidente de los Estados Unidos, Richard Nixon[13]:

> 1 El retorno, especialmente vigoroso en el mundo anglosajón, del elemento religioso tradicional que había sufrido un retroceso tras las revoluciones laicas del siglo XVIII. Esta actitud se traduce en una demonización de los fármacos (el alcohol en primer lugar) considerados plagas impuras que amenazan a la sociedad.
>
> 2- La expansión administrativa del Estado que empieza a asumir funciones y servicios antes reservados a la sociedad civil y que devendrá un siglo más tarde en el Estado de Bienestar. La asistencia estatal (a los alcohólicos entre otros) legitima así formas de control.
>
> 3 - Es en la historia de los Estados Unidos donde mejor se observa la consolidación de la postura abstencionista. Que se cristaliza en 1869 con la creación del partido prohibicionista.

Con respecto a la desviación, hay que tener en cuenta que todas las sociedades establecen normas y leyes de diferentes tipos para regular determinados comportamientos. Sin embargo, muchas veces experimentan violaciones a esas

[13] Ver en: https://www.youtube.com/watch?v=jtZaWLOSiWA

normas por parte de algunas personas. Emile Durkheim (1895), en *Las reglas del método Sociológico*, decía que las altas tasas de desviación que pueden darse en un momento en una sociedad son el resultado de lo que llamó anomia, es decir, la falta de normas. Caracterizó a este estado como la pérdida de las reglas sociales aceptadas en una sociedad. Esto puede ocurrir cuando existen grandes inconsistencias y ambigüedades en una sociedad, como ocurre en las sociedades modernas. En las sociedades tradicionales las personas saben cuál es su lugar en el orden social, y esperan vivir como lo hicieron sus padres. Sus vidas son predecibles. En períodos de grandes cambios sociales, las viejas reglas ya no se aplican más, las personas deben encontrar su propio camino, el futuro se torna imprevisible. Esto lleva a que las personas quedan obligadas a actuar por sí mismas, sin respetar las normas.

Sin embargo, es importante tener claro que lo que es caracterizado como *desviación* en un momento dado puede no serlo en otro, se trata de algo relativo. Algunos actos pueden ser aceptados en una cultura y considerarse como "desviados" en otras. Por ejemplo, como remarcan Ana Lía Kornblit y Otros (2011) "e*l islamismo prohíbe consumir bebidas alcohólicas. En Arabia Saudita, importar, fabricar o consumir alcohol se castiga con la cárcel, multas o azotes. A diferencia de estas culturas, el judaísmo y el cristianismo incorporan el vino en sus rituales religiosos"* (Pp.4).

Entonces, podemos decir que todos los esfuerzos que la sociedad realiza para prevenir y/o corregir el comportamiento "desviado" tienen que ver con los mecanismos de control social. Este tipo de ordenamiento tiene una fuerte influencia en nuestras vidas, no podemos escapar de él, ya que es mediante el proceso de socialización que las personas internalizamos las normas socialmente aceptadas, para que incorporamos las formas de pensar y de hacer algo de una determinada manera y no de otra, teniendo en cuenta que de lo contrario seremos objeto de sanciones morales o penales.

En consecuencia, la construcción histórica y social de la problemática del consumo de drogas se ve condicionada por la existencia y relación mutua entre dos dimensiones. Por una lado, *la percepción social* y, por otro, *los mecanismos de control*. Porque vemos que las representaciones y creencias sociales acerca

de este fenómeno se ven fuertemente condicionadas por el tipo de respuestas institucionales, y a su vez, todos los mecanismos que se ponen en juego para controlar esta problemática responden a la percepción social dominante.

I.8 - Modelos, prejuicios y estereotipos en la construcción social del problema "droga"

Siguiendo a Touzé (1993), la relación entre la percepción social dominante y los mecanismos de control fue transformándose a medida del paso del tiempo, implicando cambios en la forma de ver y actuar tanto el Estado como los ciudadanos, ante el uso y/o consumo de sustancias. En este sentido, con respecto al tema en cuestión podemos ubicar la existencia de tres modelos que coexisten en la cotidianeidad del campo de la Salud Mental el de punitivo, el de la cura y el de reducción de daños y riesgos del consumo.

Por ejemplo, **el *modelo punitivo*** se basa en la percepción social que ve al consumidor de droga como un enemigo político, en el sentido de que representa un peligro para la estabilidad y el orden social, entonces la respuesta institucional debe ser la cárcel. En nuestro país, el marco legal que penalizó la tenencia de estupefacientes para consumo personal fue la Ley 20.771[14] sancionada en 1974.

Posteriormente, los jóvenes pobres de la argentina comienzan a ser el objeto de las respuestas punitivas y sanitarias, por ser considerados peligrosos para la seguridad pública. Es por eso que a la cárcel se le suma una intención de re-educación para "curar" las conductas peligrosas como el consumo de droga. Es importante remarcar que se establece una asociación directa entre tres dimensiones: juventud-pobreza-delincuencia. En efecto, los ciudadanos que violaban la ley 20.771 y estaban alojados en los sistemas carcelarios privados de su libertad comienzan a recibir la asistencia de un equipo profesional dependiente del Centro de Recuperación para Toxicómanos, inaugurado por el Servicio Penitenciario Federal en 1982, en la Ciudad de Buenos Aires.

En la segunda mitad de los años 80´, la argentina multiplicó las *respuestas sanitarias* para "adictos" con formas de intervención que iban desde la internación,

[14] Régimen penal de las conductas delictivas concernientes a estupefacientes.

la comunidad terapéutica hasta la de características ambulatorias. En 1989 se sanciona la ley 23.737 que contemplaba estas medidas de carácter curativas y educativas como alternativas diferentes a las respuestas netamente penales por consumo de sustancias. Además, "*se visualiza el consumo extendido a todas las capas sociales, la percepción social distingue claramente entre el traficante-delincuente y usuario-enfermo. Se mantiene la respuesta penal para el primero y la curativa para el segundo"* (Touzé, 1993).

Como alternativo a los dos modelos hegemónicos desarrollados anteriormente, aparece la perspectiva de ***Reducción de daños y riesgos*****.** El concepto como forma de intervención ante los problemas derivados del uso y/ o consumo de sustancias se comienza a utilizar como respuesta recién en los años 80´ como respuesta a la epidemia del Sida entre los usuarios de drogas inyectadas (UDIs). Existió una clara diferencia en la incidencia y prevalencia de la infección por VIH entre aquellos países y regiones que comenzaron a desarrollar con programas de reducción de daños y aquellos que siguieron basándose en el paradigma abstencionista a través del modelo punitivo y el de la cura de los comportamientos contestatarios al orden.

Desde este paradigma ya no se juzga moralmente a la persona por consumir un tipo de sustancia. Ya no es ese el eje para intervenir sino que es el daño que genera. Es decir que la persona tiene derecho a consumir drogas si lo desea. A los profesionales y a las autoridades del campo de la Salud Mental les compete disponer las condiciones que reduzcan los daños físicos, psicológicos y sociales que a la persona le puede reportar su consumo, así como, reducir la incidencia negativa sobre el resto de los individuos. Por otra parte, sostiene que, a pesar de todos los esfuerzos que se llevaron adelante, la prohibición del consumo de sustancias es imposible de lograr y es por eso es necesario que se desarrollen estrategias para concientizar a las personas sobre las implicancias negativas para la salud personal y social.

Con respecto al desarrollo de este paradigma, y siguiendo las palabras de Cymerman (2001):

> La reducción de daños implica una amplia variedad de tácticas (…) El cambio de las sanciones legales asociadas al uso de drogas; puede mejorar la accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios de tratamiento; (…) cambios en la conducta de los usuarios mediante la educación (como así también) a generar cambios en la percepción social acerca de las drogas y de los usuarios de drogas (Pp.1)

Este paradigma apunta fuertemente a disminuir los daños secundarios por el consumo de drogas, lo que significa que uno de sus objetivos es poder terminar con las miradas criminalizadoras por consumir, ya que como he desarrollado anteriormente, la discriminación y el rechazo son costos sociales por la conducta de consumir una sustancia.

Es importante dar cuenta del concepto de **estigma** que trabaja el sociólogo Erving Goffman (1986) cuando señala que un estigma es un atributo desacreditador definido en términos de relaciones. Es una característica que hace diferente al individuo y que atrae la desaprobación del entorno social. Se trata de un atributo que, no constituyendo una falta social, moral o que ha sido saldada, se juzga como una marca que vuelve al individuo inferior e indeseable*: "Es un estigma, en especial cuando él produce en los demás, a modo de efecto, un descrédito amplio, a veces recibe también el nombre de defecto, falla o desventaja"* (Pp. 12).

Las incontenibles consecuencias de la estigmatización son la exclusión y la discriminación social:

> Creemos, por definición, desde luego, que la persona que tiene un estigma no es totalmente humana. Valiéndonos de este supuesto practicamos diversos tipos de discriminación, mediante la cual reducimos en la práctica, aunque a menudo sin pensarlo, sus posibilidades de vida (Goffman, 1986, p. 15).

Siguiendo la misma línea, Kornblit y Otros (2011) señalan otros preconceptos y estereotipos que influyeron e influyen en la mirada dominante acerca del consumo de drogas. Por ejemplo, el hablar del concepto "droga" en términos singulares, no teniendo en cuenta la gran variedad de sustancias existentes y sus efectos, como así también sosteniendo un discurso más "amigable" con las sustancias legales como el alcohol; la idea de "flagelo"[15] que responde a una idea de "mal social" que

[15] Cosa, hecho o suceso que tiene efectos muy negativos en una persona o una comunidad.

debe ser combatido de manera estricta para poder "limpiar" la sociedad; la focalización del consumo sólo en los jóvenes, dejando afuera de esta condena moral a los adultos; la idea de que el consumo es una entrada sin salida, que se empieza por el alcohol y se termina en la adicción a otras drogas representado siempre un peligro para el usuario, su entorno o la comunidad: "*del universo de personas que consumen sustancias una inmensa mayoría no incurrirá en consumos problemáticos, sólo en un grupo relativamente pequeño en proporción al universo de consumidores el uso adquiere características problemáticas".*[16]

En fin, todo este conglomerado de estereotipos como las respuestas institucionales ha creado una visión hegemónica de la problemática basada en juzgamientos de carácter moral y muchas veces irracional. Algo que nos lleva a reflexionar si queremos transformar los discursos y prácticas relativas al consumo de drogas y a los consumos problemáticos en general: **nuestros propios prejuicios.** Por eso, uno de los puntos principales que se deben llevar adelante al momento de sumergirse en esta temática es **superar críticamente los prejuicios, los preconceptos y representaciones que generalmente tenemos acerca de "las drogas" y de quienes las consumen.**

[16] Documento sobre Usuarios de Drogas y las Políticas para su Abordaje, del año 2009, elaborado por el Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, sustancias psicotrópicas y Criminalidad Compleja, del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

I.9 - Objetivos de la investigación

Objetivos generales

- Indagar acerca de las representaciones sociales que los profesionales de la Salud Mental tienen en relación al consumo problemático.
- Examinar qué impacto tuvo la sanción de la ley de Salud Mental 26.657 en el 2010 con respecto a los modos de ver y abordar la problemática por parte de los profesionales en instituciones públicas.
- Aportar a la construcción de un enfoque integral para el abordaje de la problemática.

Objetivos específicos

- Deconstruir lógicas estigmatizantes en relación a la problemática.
- Recuperar experiencias locales con respecto al abordaje del consumo problemático.
- Identificar obstáculos frecuentes en el abordaje de la problemática

CAPÍTULO II:

Diseño y dimensión metodológica

Tema de tesis: A 10 años de la Ley de Salud Mental 26.657: Las representaciones sociales de los profesionales del Centro Huella acerca del abordaje de los consumos problemáticos.

II.1 - Las preguntas-problema

- ¿Cómo repercute la sanción de la ley de Salud Mental en las representaciones sociales de los profesionales que trabajan con situaciones de consumo problemático?
- ¿cómo perciben a la problemática de los consumos problemáticos los y las profesionales?
- ¿Cómo conciben a los usuarios de drogas los profesionales de la Salud Mental en estas instituciones?
- ¿De qué manera abordan la problemática?
- ¿Cuáles son los principales obstáculos para trabajar con esta problemática?
- ¿Cómo piensan al rol del Estado en lo relacionado a la Salud Mental?
- ¿Cómo perciben su situación los usuarios?
- ¿La formación de los profesionales en Salud Mental fue y/o es adecuada a la ley?
- ¿Se desarrollan instancias de capacitación para los profesionales?
- ¿Cómo llega la demanda a la institución?
- ¿En qué afecta el contexto social, político y económico en la cotidianeidad de la institución?

II.2 - Tipo de diseño de la investigación

El tipo de diseño seleccionado para desarrollar este trabajo es la Investigación Cualitativa. Esta metodología es usada comúnmente en la Ciencias Sociales porque da la posibilidad de analizar los discursos y las prácticas de los sujetos mediante la observación, para posteriormente interpretarlos, analizando las

relaciones que éstos tienen con una cultura, una ideología. En otras palabras, nos brinda herramientas a la hora de analizar y reflexionar sobre los abordajes técnicos/profesionales que se llevan a cabo en los dispositivos seleccionados. Este tipo de enfoque no solo nos posibilita reflexionar sino que además nos permite identificar, características, organización y dinámicas que se desarrollan en estos espacios. "*Según Tylor y Bogdan (1986:20) consideran, en un sentido amplio, la investigación cualitativa como "aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable*". (Tylor y Bogdan 1986) (Rodríguez Gómez Gregorio y otros, 1999, p.33)

Además, es importante remarcar que la investigación cualitativa permite estudiar la realidad, el problema-objeto, en su contexto que es histórico y social y que tiene sus características materiales y simbólicas, es decir, en el espacio donde se desarrolla, dándole un papel principal a los discursos y las acciones de los sujetos que están implicados en la situación problemática.

En palabras de Salgado Lévano (2007):

> "(...) los métodos cualitativos parten del supuesto básico de que el mundo social está construido de significados y símbolos. De ahí que la intersubjetividad sea una pieza clave de la investigación cualitativa y punto de partida para captar reflexivamente los significados sociales. La realidad social así vista está hecha de significados compartidos de manera intersubjetiva. La investigación cualitativa puede ser vista como el intento de obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación tal como nos la presentan las personas, más que la producción de una medida cuantitativa de sus características o conducta".

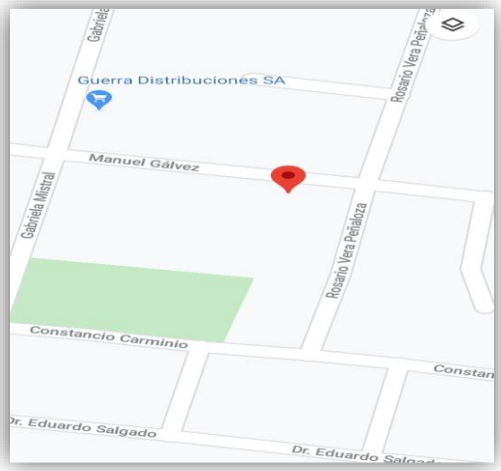
Esto a la vez significa que la investigación tiene un carácter descriptivo, que como indica Sabino (1993) la *"preocupación primordial radica en describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto su estructura o comportamiento". (Pp.51)*

II.3 - Descripción de la unidad de estudio

El Centro Huella es una institución de referencia en Diagnóstico, Tratamiento, Capacitación y Prevención Comunitaria de las Adicciones. Depende de la Dirección de Salud Mental y Adicciones de la Provincia de Entre Ríos, ofrece un abordaje CLÍNICO-TERRITORIAL en las problemáticas de adicciones. Está ubicado en la zona sur de la Ciudad de Paraná, concretamente en calle Manuel Gálvez 215, en el barrio Quintas del Sur, con horario de atención de lunes a viernes de 7 a 19hs. Actualmente, su directora es la Ps. Sandra Gulberti[17]

Esta institución pública-estatal cuenta con equipos interdisciplinarios compuestos por psiquiatría, psicología, medicina clínica, terapia ocupacional, psicología social, trabajo social, acompañamiento terapéutico y comunicación social, ofreciendo un tratamiento ambulatorio. Usuarios y familiares pueden asistir a los distintos dispositivos terapéuticos como así también a los talleres diseñados para mejorar la calidad de vida de quienes asisten al Centro Huella. Se trabaja de diferentes modalidades de abordaje: individual, grupal y socio comunitario, como así también desde la inter consulta y el análisis estadístico mediante el Área de Investigación.

Con respecto al abordaje territorial, el Centro Huella desarrolla tres líneas de acción marcadas y un espacio para mujeres creado recientemente:



1. **Programa "Enterate"**: el cual se trata de espacios de problematización de prácticas de consumo en las Escuelas Secundarias de la provincia de Entre Ríos. Cada año, cientos de adolescentes asisten a las charlas que les habilitan reflexionar acerca de los consumos,

[17] Al realizar las entrevistas la Directora era la Mg. Lilia García, actualmente Directora de Abordaje Integral de Problemáticas de Consumo dependiente del Ministerio de Salud de Entre Ríos

"problematizar", teniendo una mirada amplia que incluye aspectos socios culturales, ambientales, familiares, generacionales, etc.

2. **Programa "Entre lazos":** que establece vínculos con todos los Centros de Salud de la Ciudad de Paraná. Además, dentro de este programa se desarrolla el proyecto de voluntariado universitario "Entrelazando tu futuro" que surge a partir del convenio firmado entre el Centro Huella y la Universidad Autónoma de Entre Ríos. Dicho Proyecto fue aprobado por la Dirección Nacional de Desarrollo Universitario y Voluntariado, dependiente de la Secretaría de Políticas Universitarias de la Nación, desarrollando actividades conjuntas en los Centros de Salud de la ciudad de Paraná durante el año 2018.
3. **Programa "Entre todos":** que desarrolla estrategias de promoción de salud comunitaria. El equipo de la institución realiza diferentes actividades en los barrios de la ciudad de Paraná.
4. **Grupo terapéutico para mujeres:** creado en marzo 2019 con la finalidad de generar un espacio para mujeres que tienen dificultades con el consumo. Para incluirse al mismo, las mujeres deben comunicarse con la institución y solicitar una primera entrevista.

Además de los abordajes clínicos individuales y grupales para usuarios y para sus familiares, el Centro Huella también desarrolla talleres y espacios recreativos como los de música y huerta orgánica.

II.4 - Unidad de análisis

Las unidades de análisis serán el discurso y/o relatos de 6 (seis) profesionales del Centro Huella de la Ciudad de Paraná, recolectados a través de las entrevistas. Las unidades de análisis son:

- ✓ Un Licenciado en Psicología
- ✓ Un Operador en Psicología social
- ✓ Una Licenciada en Enfermería
- ✓ Una Licenciada en Trabajo Social
- ✓ Un Psiquiatra
- ✓ Un Acompañante terapéutico

II.5 - Tipo de muestra

Particularmente, por las características de la investigación cualitativa que me propuse desarrollar, el muestreo más adecuado para llevar adelante este trabajo fue el intencional o de conveniencia, ya que las unidades de análisis se escogen por criterios de conveniencia por parte del investigador o por los objetivos de la investigación. La selección de unidades a entrevistar por ejemplo, se da ya sea por la riqueza de la información en la temática o el lugar que ocupa en relación al fenómeno estudiado. En otras palabras, la elección de los sujetos de la investigación -en este caso los profesionales del Centro Huella- se basó en un muestreo intencional, no probabilístico, en palabras de Patton (1980) *"se trata de reproducir lo más fielmente a la población, teniendo en cuenta sus características conocidas"* (Pp.100)[18].

Siguiendo a Neiman y Quaranta, G. (2006)

> "la muestra es intencionada en función de los intereses temáticos y conceptuales, y los casos se pueden seleccionar según diversos criterios, por ejemplo, a partir de determinadas condiciones que transforman al caso en un fenómeno único o lo constituyen en una expresión paradigmática de un problema social. El caso es definido como un sistema delimitado en tiempo y espacio de actores, relaciones e instituciones sociales donde se busca dar cuenta de la particularidad del mismo en el marco de su complejidad. Una vez elegido el caso se deben seleccionar, por ejemplo, escenarios y/o participantes para su observación o entrevistas. Los criterios de selección se establecen a partir de similitudes y diferencias" (Pp. 220)

Para desarrollar esta investigación, se realizaron entrevistas a profesionales de la organización institucional. Con respecto al número de entrevista, junto con el criterio de la organización, consideramos entrevistar 6 (seis) profesionales en un universo de 16, entendiendo que se trata de un número representativo.

II.6 - Técnicas de recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos que utilice para desarrollar esta investigación cualitativa fueron las entrevistas semi-estructuradas y las notas de

[18] Citado por Deslauriers (1991)

campo. Estas técnicas se desarrollan cuando ponemos en marcha el trabajo de campo. El cual se trata del momento en que el investigador se inserta en el contexto en el cual se encuentran los actores miembros de una unidad socio-cultural a la que se desea estudiar. Este proceso provee de información que posteriormente a ser transformada en conocimiento social.

Es una situación metodológica, un proceso que se constituye de una secuencias de acciones, de prácticas y de acontecimientos (no todos controlados por el investigador), que nos permitirá recolectar datos empíricos. En este proceso, el investigador accede a desentrañar los sentidos y las relaciones que construyen el mundo social que se pretende estudiar.

Para Denzin y Lincoln (2015) la entrevista es *"una conversación, es el arte de realizar preguntas y escuchar respuestas".* Como técnica de recogida de datos, está fuertemente influenciada por las características personales del entrevistador. Si bien, en la investigación cualitativa se puede utilizar diferentes tipos de entrevistas, en este caso, se optó por la modalidad de entrevistas **semi-estructuradas**, ya que da lugar a poder preguntar acerca de un guion temático realizando preguntas abiertas, dándole participación activa al informante, al entrevistado. Además, las entrevistas semi-estructuradas tienen una mejor dinámica en relación a vínculo entrevistador-entrevistado, dando la posibilidad de desarrollar una **conversación más amplia que no siempre tiene que respetar el guión temático inicial.**

En esta misma línea, me parece pertinente rescatar aportes sobre la importancia de la escucha al momento de intervenir en problemáticas sociales, ya que escuchar no se trata solamente de oír. Con respecto a este, Alfredo Carballeda (2015) señala que *"de ahí que la contextualización de lo que se oye, es el inicio de la construcción de lo que es escuchar. La palabra, la mirada y la escucha son instrumentos clave en las diferentes metodologías de la intervención social, forman parte de un mismo proceso y sólo podrían ser diferenciadas mediante un análisis individualizado de cada una de ellas"* (pp.56)

El autor sostiene que no se trata sólo del acto de oír lo que el Otro nos dice sino que tenemos que ir más alla: *"En definitiva, escuchar puede significar ir más allá*

de la interacción entre preguntas, respuestas y demandas esperadas. De este modo es posible quitarle centralidad al acto fisiológico de oír y atravesarlo por la cultura, el contexto, el territorio, la historia" (Pp.58)

Por otro lado, Guber (1991) señala que "*la observación participante consiste en dos actividades principales: observar sistemática y controladamente todo lo que acontece en tomo del investigador, y participar en una o varias actividades de la población. Hablamos "participar" en el sentido de "desempeñarse como lo hacen los nativos"; de aprender a realizar ciertas actividades y a comportarse como uno más. La "participación" pone el énfasis en la experiencia vivida por el investigador apuntando su objetivo a "estar dentro" de la sociedad estudiada "(Pp. 57).*

II.7 - Técnicas de análisis de la información

Según Rosario Saiz Carvajal, en su resumen de "Técnicas de análisis de información" el análisis tiene que ver con "*un conjunto de manipulaciones, transformaciones, operaciones, reflexiones, comprobaciones que realizamos sobre los datos con el fin de extraer significado relevante en relación a un problema de investigación. Analizar datos supondrá examinar sistemáticamente un conjunto de elementos informativos para delimitar partes y descubrir las relaciones entre las mismas y las relaciones con el todo. Persigue alcanzar un mayor conocimiento de la realidad estudiada y, en la medida de lo posible, avanzar mediante su descripción y comprensión hacia la elaboración de modelos conceptuales explicativos" (Pp.1)*

En ese sentido, para analizar las entrevistas realizadas se optó por utilizar la técnica de ***frase significativa***. De las entrevistas realizadas, escuchadas, transcriptas, analizadas, se puede explicitar conceptos y categorías que dan cuenta que surgen en los relatos de los sujetos, se puede dar cuenta de ese contenido muchas veces implícito y que nos interesa saber en cada entrevista realizada. De esta manera, **el análisis con frases significativas tiene la particularidad de identificar temas, modos y categorías de sentido las cuales van a ser identificadas durante el proceso de lectura y problematización de las entrevistas**. Por lo tanto, en la relectura de las entrevistas se debe tener en cuenta, criterios de reiteraciones, resonancia; es decir, qué de lo que está

diciendo el o la entrevistado/a, “hace ruido”. Además, para registrar el material de una manera más sistemática y gráfica utilice la *técnica de Registro en tres columnas: Observables, comentarios y análisis.*

Con respecto a lo que se debe producir en el momento de analizar las entrevistas, es importante lo que remarcan Díaz y Badano[19] *“El documento a escribir sobre la entrevista es una narración. Su entramado es el producto articulado entre temas y modos bajo la mirada ordenadora del objeto de estudio. Desde una perspectiva interpretativa interesa conocer cuáles son las "categorías" de sentido que articulan la vida cotidiana de los sujetos. Son particulares, porque responden a una particularidad contextual e "individualizada". Constituyen un primer nivel de análisis y son provisorias para la comparación con otros documentos de campo (otras entrevistas, registros, etc.)” (Pp.4).*

Es importante mencionar **que se optó por la construcción de 2 (dos) tópicos** para ordenar el análisis de la información y es mediante éstos que se construyó la narración.

II.8 - Tópicos

1- **La mirada de los profesionales acera de Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657**: *apreciaciones, posturas y características; relación con la formación, experiencia laboral y/o apreciaciones del trabajo en la institución actual.*
2- **Sobre los Consumos problemáticos:** *perspectivas*, *representaciones, estereotipos, estrategias de intervención, fortalezas, debilidades.*

Es importante subrayar que este tipo de herramientas, favorece el intercambio dialéctico con los actores sociales involucrados, posibilitando hacer jugar conceptos, categorías analíticas, perspectivas teóricas tanto del entrevistador como del entrevistado. Asimismo abre nuevos interrogantes en relación a la temática/problemática desplegando a que el investigador recurra a materiales teóricos, y lecturas específicas que en primera instancia no fueron necesarias, producto de la familiarización con el problema de investigación.

[19] Badano, M. R. y Díaz, R “Análisis de la entrevista: frases significativas” Ficha de cátedra de la Maestría en Salud Mental de la Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de Entre Ríos.

CAPÍTULO III:

Presentación de análisis y resultados

III.1 – Acerca de la estructura del análisis

En este capítulo se presenta el análisis e interpretación de la información empírica recolectada mediante las técnicas antes mencionadas y teniendo en cuenta los dos (2) tópicos elaborados que funcionan como ordenador de los datos analizados.

Es importante señalar, una vez más, que dicho análisis se centra fundamentalmente en las entrevistas realizadas a los diferentes profesionales del Centro Huella. Este análisis es una construcción que se tensiona entre la información recolectada y el encuadre teórico de esta investigación.

Los tópicos elaborados son:

1) **La mirada de los profesionales acera de Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657**: apreciaciones, posturas y características; relación con la formación, experiencia laboral y/o apreciaciones del trabajo en la institución actual.
2) **Sobre los consumos problemáticos:** perspectivas, representaciones, fortalezas y debilidades en el proceso de intervención.

Cada uno de estos tópicos contiene dentro de sí diferentes apreciaciones que los y las profesionales mencionan o se posicionan. Es por esto que se vuelve necesario desmenuzar cada uno de ellos para una mejor interpretación.

III.2 – Desarrollo del análisis

III.2.1 - La mirada de los profesionales acera de Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657: apreciaciones, posturas y características; relación con la formación, experiencia laboral y/o apreciaciones del trabajo en la institución actual.

En este tópico, la intención es poder reflejar las diferentes apreciaciones, concepciones y definiciones que los y las profesionales del Centro Huella

manifestaron en los relatos recabados mediante las entrevistas realizadas acerca de la existencia de la Ley Nacional de Salud Mental en nuestro país.

Es muy importante remarcar que las diferentes apreciaciones y definiciones van a tener implicancias directas e indirectas en sus formas de trabajar, de abordar, y de pensar a las problemáticas del campo de la salud mental.

Por otra parte, es necesario aclarar que dentro de este amplio tópico se manifiestan y analizan otras concepciones y posicionamientos específicos que se plasmarán uno por uno seguidamente:

III.2.1.1 Apreciaciones, posturas y características acerca de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657

En este apartado, se identifican las diferentes posturas y reflexiones de los profesionales con respecto a la sanción de la ley, su existencia y su influencia como norma en nuestro país desde el año 2010. Se manifiestan algunas de las impresiones y procesos personales/profesionales relacionados a dicha sanción, como así también las implicancias en las dinámicas de trabajo:

"(…) la ley de Salud Mental viene a poner en eje, y en un eje muy orgánico e ideológico, un posicionamiento que está relacionado con los nuevos paradigmas de salud, sobre todo en salud mental. Podría nombrarte uno que es quizás para los profesionales el elemento, yo te diría, el gran organizador que es la interdisciplina ¿verdad? Otro es (…) el trabajo intersectorial y con el trabajo interinstitucional. Yo te diría que esos son tres grandes ejes". ***(Psicólogo social)***

"(…) Primero, fue un salto en calidad. Yo creo que la estamos entendiendo hasta hace no mucho. Cuando salió fue un impacto, viste. No se sabía si se iba a implementar o no acá en la provincia. Si se iba a tomar o no, a pesar de ser una ley, con el peso que tiene ¿no?" ***(Psicólogo)***

"(…) Y con la implementación de la ley de salud mental, por ahí, la perspectiva es distinta, el abordaje sobre la situación en salud mental también. Porque a mi criterio esta, o sea, yo apoyo lo que es la ley por cómo lo veo en el trabajo laboral, porque siempre, antes de la ley al estar todas las disciplinas un poco aisladas, entonces no se podía ver a la persona en su conjunto, digamos". ***(Lic. en***

Enfermería)

"(…) La Ley de Salud Mental fue impulsora de muchas otras acciones a nivel política. Por ahí, lo que hay para reseñar de importante, en el abordaje sobre todo, es en lo que se hace hincapié. Es centrarse en el sujeto como sujeto de derecho, pensar el abordaje de la problemática de los consumos de forma integral ¿sí? Eso hace el quiebre (…)" (***Acompañante terapéutico).***

"(…) Para mí la ley, bueno, justamente sale en el año 2010 pero es el producto de luchas de muchos años, sobre todo los que trabajamos en salud mental de hace muchos años como yo que hace 20 años y pico ya, la ley de salud mental es un logro colectivo, más allá de que lo hay escrito una sola persona pero se hizo eco de muchas voces que hace muchos años veníamos pidiendo muchas de las cosas que la ley dice". ***(Trabajadora Social).***

Como se puede observar y analizar en las **frases significativas** recolectadas a través de las entrevistas realizadas, los profesionales manifiestan una postura a favor en relación a la sanción de la Ley nacional de Salud Mental 26.657, ubicándola, por un lado, como un **reconocimiento a los diferentes procesos y experiencias anteriores a la ley que se han desarrollado y sostenido**, como "*el producto de luchas de muchos años";* y por otro, como un "*salto de calidad", "un eje orgánico y ordenador",* teniendo en cuenta que funcionó como una herramienta que legitimó y organizó los discursos y las prácticas de diferentes actores del campo de la salud/salud mental.

Me parece pertinente resaltar el primer aspecto que fue un factor común en cada relato. Más que nada porque habla de la importancia que tiene el sostener una lucha a través del tiempo para lograr ciertas disputas de poder, disputas de sentido, disputas, en términos de Bourdieu, por el capital simbólico, político, económico y cultural, en este caso, en el campo de la Salud/Salud Mental.

"(…) para mí no plantea cosas nuevas, sino que pone en el lugar que corresponde a quienes hace muchos años venimos trabajando en el campo, por otro lado, le da un lugar al usuario diferente. Ya no es una cuestión más tutelar como tenía en su momento, donde todo dependía del médico que lo atendiera (…) Entonces

todo este sistema con la ley al menos empieza a resquebrajarse un poco". ***(Trabajadora Social).***

Pero por otro parte, ubican a la ley como una herramienta que "*vino a poner un eje orgánico e ideológico",* como un ordenador de la tarea en el campo, que planteó una ruptura en el enfoque desde dónde se plantea a la Salud Mental y sus problemáticas. Entienden que se legitima "*un nuevo orden",* que se trata de un cambio de paradigma:

" (…) Pues, generó una ruptura teniendo en cuenta que todo lo que generó tiene que ver con prácticas muy concretas que tienen más que ver con el derecho a la asistencia, con la viabilidad que tenga la población hacia estos servicios y fundamentalmente con la inclusión social". ***(Psicólogo social)***

"(…) Me parece que este es el gran aporte. Una ruptura implica el desarrollo de un nuevo orden, dejando atrás el viejo o al menos pudiéndolo confrontar". ***(Psicólogo social)***

Sin embargo, también se hace referencia y se reconoce como **un proceso lento de transformación**, que aún genera determinadas resistencias en diferentes sectores, como los mismos efectores de salud, por ejemplo, o que aún existen prácticas y/o discursos que se contradicen:

"El cambio de paradigma es como cierta revolución, al principio cuesta asimilarla, aún hoy. Vos te vas a algunos Centros de Salud y por ahí hay cierto rechazo a tomar las adicciones. En el 2011 cuando tomamos esta ley y decidimos salir afuera a implementarla, nos encontramos con muchas más resistencias de parte de otros efectores (de salud)." ***(Psicólogo)***

*"(…) el ámbito jurídico tenia mayor preponderancia que la médica, a la hora de tomar y sancionar los delitos o las personas que cometen delitos bajo el uso de algún tipo de sustancia, sobre todo las ilegales, de impartir medidas psicoeducativas, medidas curativas que se le llamaba, en donde bueno, la personas de alguna manera –****todavía eso sigue vigente hoy****- tiene que prestar un servicio a cambio de determinada cantidad de horas o se le indica un plazo de*

tratamiento ya estipulado, de antemano. Es decir, no se centra a la persona en su contexto, en su individualidad sino lo que se busca es una reposición de esa falta o delito que cometió bajo el uso de los efectos de alguna sustancia." ***(Acompañante terapéutico).***

"(…) Y hay algunas personas que van a estar a favor y otros en contra. Y ahí es donde es como que, si bien la ley de salud mental se aprobó, todo, no es que al otro día todos cambiaron la cabeza y todas las instituciones trabajan de esa manera… por eso es el cambio tan lento. ***(Lic. en enfermería)***

"(…) Desde que la ley sale planteando las adicciones dentro del campo de la salud mental, se le empezó a dar una bola bárbara digamos, mucho interés en avanzar sobre ese campo nuevo. ***(Psicólogo).***

En esta misma línea, es importante recuperar lo que decía el autor de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, Leonardo Gorbacz (2011), cuando sostenía que **"*la aplicación de la ley será un continuo romper y construir***. *Es tarea de cada uno de nosotros cuestionar cualquier tipo de intervención política, judicial, administrativa o terapéutica, que bajo argumentos tutelares o proteccionistas avasallen los derechos o la autonomía de una persona con padecimiento mental" (Pp. 117)*

También se hace necesario retomar una idea trabajada en la primer parte de la investigación: **en el campo de la Salud Mental coexisten diferentes posicionamientos de carácter teórico-epistemológico, un recorrido social e histórico que configura su actualidad, marcos jurídicos-normativos que se entrecruzan y hasta se contradicen, una dimensión técnica-instrumental como así también fundamentos de carácter ético-político que se disputan cotidianamente los sentidos sobre las problemáticas de este campo.**

Más allá que remarcamos anteriormente, que se observa una postura general de los y las profesionales a favor de la ley de salud mental, de sus postulados y su horizonte de sentido, también se expresan críticas puntuales que son importantes de señalar:

"(…) Para mi sinceramente la ley creo que hay algunas cuestiones que hay que ajustar como en todas las cosas. Puntualmente en esta lo que te decía, "que se atienda en todos los lugares"… pero ¿cuál es la política? Por ejemplo un punto, exigir una política de Salud Mental que realmente responda y articule con todos los organismos y efectores de Salud Mental que hay por ejemplo en la Provincia (…) una cosa es lo que dice la ley, que es una letra viva de alguna manera (risas), pero ahora qué hacen, qué hacemos para traducir eso en la política pública completa, para que le llegue al profesional que en el que tiene que atender, a la institución, y al usuario, que lo vea que lo viva y no que quede en "ah bueno te regalo el librito de la ley". ***(Trabajadora Social)***

"(…) la ley sanamente promueve cosas que a la hora de la práctica en todo este tiempo no se han podido dar, es decir, el abordaje en territorio, el abordaje en cada ciudad ¿viste que pasa? Porque es cierto que terminan viniendo al hospital escuela gente que mandan de todos lados y la intención de la ley es que puedan ser abordados en su propia localidad, en su barrio, y para eso se necesita más presupuesto y que haya un psiquiatra, un psicólogo, un terapista, un trabajador social permanentemente en esas áreas, en esos lugares ¿no?". ***(Psiquiatra)***

"(…) Para los psiquiatras digamos la ley tiene sus cuestiones que nos hacen ruido en general, o sea, por supuesto que la esencia de la ley en protección de derechos de usuarios, pacientes y familiares de Salud Mental, todo el mundo comparte ¿no? Está de acuerdo. Y todo lo que limite abusos y malos tratos y un montón de cosas que, es cierto, pasaban anteriormente (…)" ***(Psiquiatra).***

*"(…) muchos sectores de la psiquiatría están descontentos y disconformes por la participación que tuvieron en la construcción y cuando se promulgó y sancionó y de más, si bien algunos psiquiatra si participaron pero los organismos y los entes, por ejemplo, APSA que es la Asociación de Psiquiatras Argentina y otras entidades no participaron en sí formalmente y activamente, entonces quedaron un poco dolidos por un lado, y por otro lado, del punto de vista digamos científico, académico no comparten algunos conceptos como esto… por eso yo te comente el tema de "riesgo cierto o inminente"…****(Psiquiatra)***

Como se observa, desde el campo de la psiquiatría, en este caso, fuertes diferencias con respecto a algunas características y conceptos de la ley nacional de Salud Mental. Estas diferencias se plantean también en términos de obstáculos cotidianos en la práctica, como por ejemplo las intervenciones con respecto a las internaciones pero también en relación a conceptos expresados dentro de la norma.

En este punto es importante rescatar que la Ley Nacional de Salud Mental (2010) en el artículo 14, del capítulo VII, dedicado específicamente a las internaciones, plantea que la misma *"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 e las personas internadas con sus familiares, allegados y con su entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente" (Pp.23).*

Siguiendo con en análisis de las frases significativas, y específicamente con el tema de las internaciones es importante recuperar algunos aspectos manifestados en uno de los relatos, donde se hace alusión a que en la práctica, la internación es un proceso más, y a veces es hasta "inevitable" teniendo en cuenta las características de alguna situaciones.

"(…) Otra cosa, las internaciones como un acto violento y de sometimiento o casi de tortura, o la medicación también. Cuando en la práctica digamos, por más que yo también me formé con esa mirada y bueno vos decís "che vamos a cerrar" digamos que suena bien y nadie puede aceptar un maltrato y una tortura, gente pensante y con buenas intenciones… Pero ¿qué pasa? En la práctica después hay situaciones que las internaciones son inevitables". ***(Psiquiatra)***

"(…) Pero hay casos que no hay alternativa, y la gente requiere y demanda lugares que sí pueda ser resguardada la salud de la familia en situaciones límites, digamos. Está bien, la ley expresa la cuestión del "riesgo cierto o inminente" dice textualmente como requisito para poder llevar adelante una internación, lo cual

también tiene una cuestión ahí discutible porque el riesgo cierto es un tanto contradictorio… o sea, el riesgo es la posibilidad de que un hecho o evento ocurra, y la certeza es una seguridad ¿me explico? En ese término hay una contradicción: hay riesgo o hay certeza". ***(Psiquiatra)***

Sin embargo, más allá de estas puntuales críticas o contradicciones que se marcan anteriormente, se destaca en los relatos de los y las entrevistadas la referencia a una ley que plantea las intervenciones de una manera diferente, más integral. Esto tiene que ver con una característica que marcaba en la primer parte de la investigación: la ley plantea la intervención de manera integral, teniendo en cuenta la complejidad de la realidad social, el paradigma de la complejidad, que en palabras de Edgar Morin (1998), es *"el tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico. Se presenta con los rasgos inquietantes de lo enredado, de lo inextricable, del desorden, la ambigüedad, la incertidumbre" (Pág. 32).*
En esa línea entonces, se manifiesta, se verbaliza y se hace referencia a **la interdisciplina, la intersectorialidad y la interinstitucionalidad** como características fundamentales de la ley Nacional de Salud Mental:

"(…) reconocer las tres "I" de la salud mental me parce que son clave: lo interdisciplinario, lo intersectorial y lo interinstitucional. Yo creo que logrando alguna relación o un trabajo realmente en red de estas tres I podemos pensar en un abordaje un poco más inclusivo e integrador con las personas con las cuales trabajamos". ***(Trabajadora Social).***

"(…) Podría nombrarte uno que es quizás para los profesionales el elemento, yo te diría, el gran organizador que es la interdisciplina ¿verdad? Otro de los grandes ejes de esa ley está relacionado también con el trabajo intersectorial y con el trabajo interinstitucional". ***(Psicólogo social).***

"(…) la ley de salud mental, más allá de todo lo que genera con respecto a la salud mental en general y a los usuarios en salud mental, y a los profesionales, donde por ejemplo otra de las cosas importantes ¿no? es que ya no es el

psiquiatra el que define sino que tiene que haber un equipo." ***(Trabajadora Social).***

"(…) lo que se pretende con la ley es un abordaje más ordenado también con estrategias que no solamente queden en lo que es la internación y en la situación aguda de un paciente, sino también el trabajo, el abordaje o la educación, por ejemplo con la medicación y un familiar o referente afectivo. O por ejemplo también las gestiones o coordinaciones con un centro de salud de referencia más cercano". ***(Lic. en Enfermería).***

Es importante en este sentido recuperar lo trabajado en la primer parte de la investigación, en torno a lo que significa la **interdisciplina** para Stolkiner (1999), cuando sostiene que se trata de programar cuidadosamente la forma y las condiciones en que se desenvuelve, que implica una construcción conceptual común del problema a abordar y una delimitación clara de los niveles de análisis del mismo. El encuentro casual o la yuxtaposición de disciplinas no es un proceso interdisciplinario.

Es interesante detenerse en este punto, ya que se plantean diferentes experiencias y posicionamientos personales e institucionales en relación a la interdisciplina, al complejo proceso que significa construirla. Se reconoce, en términos generales, la idea de que no se trata de generar solamente una "yuxtaposición" de disciplinas, sino que se trata de un proceso de *"encuentro entre los profesionales"* que debe ser regulado colectivamente; como un proceso dinámico y no como algo dado de una vez y para siempre.

"(…) Pero la tarea justamente viene un poco también a poner cierta planificación, cierto orden, a la hora de poder fraccionar o tramitar algunas cuestiones que tienen que ver con este trabajo. Pues yo creo que tal vez por momentos no estamos tan acostumbrados a comunicar y hacerlo de forma dialéctica, entendiendo que los vínculos acá, digamos de alguna manera, tienen que estar en función de la tarea y no la tarea en función de los vínculos. Entonces yo creo que por momentos cuando eso nos tapa el resto del bosque tambaleamos en relación a la interdisciplina. Pero yo creo que es más lo que se hace por la interdisciplina que lo que menos se construye" ***(Psicólogo social)***

"(…) en principio, hablamos de un encuentro ¿sí? De un encuentro de esos profesionales que de alguna manera le van dando seguimiento a las situaciones sobre las que se está interviniendo. Y a veces la interdisciplina pensada de ese modo tiene momentos en los que se hace, en los que está más presente que en otros… Interdisciplina, algunos compañeros tal vez lo entienden cuando el paciente o la persona tiene problemas para conciliar el sueño o muestra signos de ansiedad o angustia profunda… Hacer un interconsulta con psiquiatra para que evalúe el uso de medicación o no. Entiendo que la interdisciplina forma parte de un proceso que se construye con el tiempo. No hay trabajo interdisciplinario a priori, antes de empezar a intervenir en el caso. El trabajo interdisciplinario se construye en el abordaje del caso. Creo que es un poco… todavía esta medio verde, como quien dice". ***(Acompañante terapéutico).***

"(…) Cuando lo estudié dije sí, bueno, hay que pasar de lo multidisciplinario a lo interdisciplinario y con el norte en lo transdisciplinario… El día a día, claro, vos decís, claro, por eso se plantean estas cosas, por eso es tan necesario salir del foco de uno para abrirse a otras disciplinas ¿no?". ***(Psicólogo)***

"(…) Esto tiene que ver en cómo nos pensamos como equipo cuando estamos interviniendo en un caso ¿sí? Básicamente. Es como que el médico se tiene que encargar de la parte médica, el psicólogo de los problemas emocionales y el terapista que tenga más o menos actividades que le ordenen la rutina… Ahora, eso no es trabajo interdisciplinario. (…) la interdisciplina es algo que se va construyendo a partir del encuentro de los profesionales, digamos. Y de la regulación que va haciendo el equipo tratante en las intervenciones. Y eso cuesta, y cuesta mucho". ***(Acompañante terapéutico)***

También es importante destacar que se hace referencia a la idea de **corresponsabilidad** para trabajar en la temática, que se relaciona directamente con la necesidad de genuinamente comprender el trabajo intersectorial, interdisciplinario e interinstitucional. Acá también se menciona la necesidad de la unificación de criterios a nivel de efectores de la salud:

"(…) hay cuestiones que todavía son responsabilidades compartidas. Por un lado hay cuestiones que hay que implementar de otra manera desde la ley pero

también como equipo tenemos que darnos instancias a nivel provincial, nacional, de ver cómo hacer más carne este texto que es la ley y que nos propone otras cosas" ***(Trabajadora Social)***

III.2.1.2 Relación con la formación, experiencia laboral y/o apreciaciones del trabajo en la institución actual.

En este breve apartado, se plasmarán las diferentes experiencias laborales que los y las profesionales fueron transitando en relación al campo de la Salud Mental, teniendo en cuenta que es importante reconocer las experiencias y/o trayectorias que fueron configurando la manera de ver y hacer desde una disciplina determinada. Teniendo en cuenta que dentro del campo de la Salud/Salud mental se encuentran en permanente tensión diferentes dimensiones que hacen a lo teórico, instrumental, ético, jurídico. De este modo, también se permite ver y analizar si existen contradicciones, fortalezas y/o potencialidades a la hora de trabajar con problemáticas socialmente complejas como lo son las del campo de la Salud/Salud Mental.

También se busca reflejar la influencia (o no) de la sanción de la ley en los procesos de formación y de intervención en las instituciones que trabajaron y trabajan en la actualidad de la entrevista. Este último punto se configura como una línea más directa para analizar los pensamientos y apreciaciones de las y los trabajadores del Centro Huella sobre el cómo se trabaja y desde dónde dentro de dicha organización institucional.

"(…) Después de recibido abrí el consultorio obviamente y tenía dos pacientes, así que buscando laburo entro en lo que se llama Casa Lázaro, antes era Ave Fénix, entro a trabajar ahí y me encuentro con el mundo de las adicciones. Yo había tenido cierta experiencia en las residencias de la facultad con prácticas en los centros comunitarios y me tuvo que tocar algunos casos de consumo viste, que me llevaron a leer… interesante (…) Entro a trabajar, estoy 9 meses, 10 más o menos, en una modalidad de Hospital de Día, similar a lo que es una Comunidad Terapéutica en cuanto a las normas y a cómo se encara digamos, de qué paradigma se encara a la persona con adicción" ***(Psicólogo)***

Se puede observar en este caso, experiencias laborales en otras instituciones que han trabajado con la problemática de los consumos en Paraná, pero desde otra perspectiva en relación a los lineamientos de la Ley de Salud Mental, sobre todo en lo referido a la autonomía del sujeto, a la lógica premio-castigo, a la abstinencia como punto de partida para un tratamiento, a estructuras de rutinas y tareas dentro de una institución, entre otras características, que se vinculan más con las comunidades terapéuticas, que con instituciones públicas de Salud/Salud Mental.

Esto me parece importante destacarlo porque directa o indirectamente esas experiencias **configuran las representaciones sociales** que un/a profesional tiene sobre su trabajo, rol o tareas.

Las **representaciones sociales** son el sistema de valores, de ideas, de conceptos compartidos socialmente sobre algún fenómeno y que funcionan de dos maneras, por un lado como orientador de los sujetos en su relación con el mundo social, material y simbólico para poder desarrollarse cotidianamente; y por otro lado, generando códigos para nombrar y clasificar diferentes aspectos del mundo individual y colectivo, percibiendo como amenazante todo aquello que no se encuadre dentro de ese esquema.

Por otra parte, y con respecto a la organización institucional, se ubica al Centro Huella como una que intencionalmente ha desarrollado un proyecto institucional desde 2011, enmarcado en el espíritu de la ley y hasta antes de la existencia de la misma, cuando afirman cuestiones como:

"ya venía trabajando pensando en ese paradigma (…) q*ue es el trabajo no individual, no la psicología por un lado, la psiquiatría por el otro, sino en conjunto y acá se ve muchísimo. Lo que es la interdisciplina ¿no?".* ***(Psicólogo)***

Además, también se menciona como una apuesta desde la gestión de la institución el conformar equipos de trabajo que ideológicamente y desde su experiencia, trabajen la problemática desde un anclaje territorial: "*formamos parte de un proceso de inclusión social y laboral que se dio junto a una gestión que a partir de la introducción de la nueva Ley de Salud Mental comenzó de alguna manera también a captar personas con experiencia en relación a la problemática"*

(Psicólogo social)

Es pertinente recuperar las principales líneas de la unidad de estudio, desde dónde se posiciona el Centro Huella, su encuadre como organización institucional planteada en su página oficial de facebook[20]:

> El Centro Huella es una institución de referencia en Diagnóstico, Tratamiento, Capacitación y Prevención Comunitaria de las Adicciones. Depende de la Dirección de Salud Mental y Adicciones de la Provincia de Entre Ríos, ofrece un abordaje CLÍNICO-TERRITORIAL en las problemáticas de adicciones. Esta institución pública-estatal cuenta con equipos interdisciplinarios compuestos por psiquiatría, psicología, medicina clínica, terapia ocupacional, psicología social, trabajo social, acompañamiento terapéutico y comunicación social, ofreciendo un tratamiento ambulatorio. Usuarios y familiares pueden asistir a los distintos dispositivos terapéuticos como así también a los talleres diseñados para mejorar la calidad de vida de quienes asisten al Centro Huella. Se trabaja de diferentes modalidades de abordaje: individual, grupal y socio comunitario, como así también desde la inter consulta y el análisis estadístico mediante el Área de Investigación.

Teniendo en cuenta este encuadre, continuamos con las frases significativas acerca de las características y experiencias del trabajo en el Centro Huella, desde la perspectiva de sus trabajadores y trabajadoras:

"(…) En el 2011 cuando tomamos esta ley y decidimos salir afuera a implementarla, nos encontramos con muchas más resistencias de parte de otros efectores (de salud). Lo bueno del Huella es que ya venía trabajando pensando en ese paradigma. O sea, las adicciones como debiendo ser abordada por Salud Mental y tomando, digamos, lo que eso requiere ¿no? Que es el trabajo no individual, no la psicología por un lado, la psiquiatría por el otro, sino en conjunto y acá se ve muchísimo. Lo que es la interdisciplina ¿no?". ***(Psicólogo)***

"(…) Y acá en esta institución, fundamentalmente en el campo de la salud mental y adicciones, tengo aproximadamente 8 o 9 años trabajando, estoy desde el 2011. Justamente formamos parte de un proceso de inclusión social y laboral que se dio junto a una gestión que a partir de la introducción de la nueva Ley de Salud

[20] Facebook: Centro Huella Paraná: https://www.facebook.com/centrohuellaparana/about/?ref=page_internal

Mental comenzó de alguna manera también a captar personas con experiencia en relación a la problemática y por mi cercanía con esta institución, yo tengo más de 20 años vinculado a esta institución" ***(Psicólogo social)***

"(…) Hoy por hoy, bueno, ya acá en el Centro Huella sosteniendo espacios socio educativos que tienen que ver con los talleres, y desde allí colaborando y motivando a los usuarios para que se organicen, y un poco también puedan apropiarse de herramientas relacionadas con el trabajo y con la producción que posteriormente generan cierta mejoría y reparación en sus vidas cotidianas". ***(Psicólogo social)***

"(…) Seguramente te lo habrán mencionado los compañeros pero hasta ese entonces (2010) huella pertenecía a lo que era el Ministerio de Desarrollo y Acción Social. Con el cambio al Ministerio de Salud y con los lineamientos de Salud Mental se le da una nueva impronta de alguna manera. ***(Acompañante Terapéutico)***

"(…) A nosotros en las escuelas nos llaman, por ejemplo, porque les gusta la manera que trabajamos los talleres. Nos convocan porque nosotros trabajamos de manera taller. Y hacemos problematizar en los adolescentes la práctica de consumo" ***(Lic. en Enfermería)***

"(…) Porque allá (hospital) se trabaja sobre el abstencionismo. En cambio acá (Centro Huella) es una mirada más desde lo vincular. ***(Lic. en Enfermería)***

En este relato, es interesante rescatar para el análisis, la afirmación de la Licenciada en Enfermería cuando dice que en el Centro Huella el abordaje es "*más desde lo vincular"* anteponiendo que en otra institución que ella misma trabaja es más "sobre el abstencionismo".

Esta diferencia particular entre dos organizaciones institucionales es importante destacar, ya que una característica de los dispositivos de atención e intervención sobre usuarios de drogas dan cuenta que se trata de escenarios donde coexisten permanentemente los paradigmas, los discursos y las prácticas, se caracterizan

por su fuerte heterogeneidad[21]. Teniendo en cuenta que según Laureau (1988), las organizaciones producen modelos de comportamiento, mantienen normas sociales, integran a los usuarios dentro del sistema total. Los discursos sociales sobre el uso de drogas tienen efectos de poder y saber al constituirse en matrices de significado, que a su vez se ancla en las relaciones sociales e intervienen en la construcción de la subjetividad, tanto de los especialistas como de los usuarios de esa institución (pp.13).

Como mencioné anteriormente, una estrategia de reducción de daños puede involucrar una amplia variedad de tácticas. Puede incluir el cambio de las sanciones legales asociadas al uso de drogas; puede mejorar la accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios de tratamiento; puede tender a cambios en la conducta de los usuarios de drogas a través de la educación; puede también dirigirse a modificar la percepción social acerca de las drogas y de los usuarios de drogas. No constituye una política social nueva. Lo que quizás sí constituye un elemento nuevo en esta política preventiva, es la atención puesta en los "efectos secundarios" del uso de drogas. Por "efectos secundarios" estamos entendiendo no a los producidos por la propia naturaleza de las sustancias psicotrópicas ("efectos primarios"), sino los efectos consecuentes a las respuestas sociales a dicho uso, en especial la criminalización. A estos "efectos secundarios" se los designa también "costos sociales de la criminalización de las drogas".

Sobre el “costo social de la criminalización de las drogas” es importante enfocarse en las líneas de trabajo de la institución. Donde se trabaja con otros actores de la comunidad siguiendo el principio de intersectorialidad. Entonces lo particular del Centro Huella como institución es que se desarrolla un trabajo más territorial y contextual en el sentido de que se apunta a abordar la problemática mediante redes con instituciones (escuelas, institutos), organizaciones (comisiones vecinales, bibliotecas populares, centros comunitarios), grupos y personas de la comunidad. No sólo se analiza la historia personal del sujeto, sino que se intenta

[21]Pawlowicz, MP, Touzé, G.; Rossi, D.; Galante, A.; Goltzman, P.; Recchi, J. y Cymerman, P. (2008): “Dispositivos de intervención con usuarios de drogas. Los operadores socioterapéuticos y las disputas en el campo de los especialistas.” CD de las VII Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani, CD-ROM, Facultad de Ciencias Sociales - UBA, Bs. As.

trabajar los vínculos de éste con su familia, trabajo, amigos/as y comunidad, haciendo hincapié en los vínculos del sujeto con su contexto y no en la sustancia. Además de plantear intervenciones específicas como también inespecíficas, desarrollando talleres de peluquería, huerta, música, jornadas culturales, entre otros.

Se construye el tratamiento con la participación del mismo y el equipo tratante. Siendo esta una de las principales diferencias con la perspectiva abstencionista: el enfoque del usuario como activo, desde una perspectiva de derechos y no como mero receptor desde un lugar pasivo, subordinado.

Siguiendo la línea de las características de la institución, según los relatos de los entrevistados, otro punto significativo expresado en las entrevistas es que se hace referencia a que el Centro Huella es una organización institucional que **brinda oportunidades de formación y capacitación desde un punto de vista de respeto a la diversidad de posturas de cada profesional**, ubicándola como un lugar "privilegiado", donde *"hay libertad, hay intercambio"* con respecto a otras organizaciones institucionales y/o efectoras de Salud que han transitado o conocido:

"(…) Bueno, el centro huella es un lugar que para nosotros como profesionales es muy bueno. Si vos vas por ahí y haces una evaluación con diferentes efectores de salud ves, este lugar para nosotros es muy valioso, porque hay muchas posibilidades de trabajar, hay libertad, hay intercambio, hay diversidad entre los compañeros (…) obviamente siempre con el lineamiento básico de la ley, promoviendo ese camino, pero incluso otras alternativas de formación, digamos, más de especialidad… nosotros pudimos hacer un curso de postgrado de adicciones con otra mirada más biológica en algún punto, hacemos un mix… hay muchas oportunidades de formación digamos. En eso es un lugar como privilegiado el Centro Huella… ***(Psiquiatra)***

Con respecto al **proceso de formación**[22], los relatos visualizan algunos breves aspectos que son importantes recuperar para el análisis relacionado con los

[22] En todos los casos se hace referencia a la formación de grado.

contenidos de los planes de estudio y las experiencias en prácticas de residencia, por ejemplo:

"(…) Yo creo que ha evolucionado mucho la práctica del acompañamiento terapéutico sobre todo relacionado con el abordaje de los consumos problemáticos en estos años ha sido como… ha sido muy explosivo… pero hay muy poca producción teórica. Te podes llegar a encontrar con algunos documentos que básicamente parten de una experiencia personal de la práctica. ***(Acompañante Terapéutico)***

"(…) En la parte de lo que eran los contenidos en relación a las clínicas sistémicas de las adicciones, estaba bajo el paradigma médico, abstencionista, si se quiere… Con textos desde el cerebro adicto hasta "la cocaína una puerta de entrada"… O sea, los contenidos teóricos se trabajaban en términos de esa línea… por ahí con ensayos en comunidades terapéuticas sobre las unidades de encierro… sobre esta técnicas que de repente se implementan de por ejemplo de confrontación, de baño de agua fría ¿sí?". ***(Acompañante Terapéutico)***

"(…) Por ahí en lo que fue la clínica psicoanalítica trabajamos otros autores que hacían hincapié en cuanto a lo subjetivo del consumo ¿sí? Cómo pensar a la subjetividad del toxicómano… Pero no había… no teníamos una cátedra hasta mucho después de que se reformuló el plan de estudio, como por ejemplo, la cátedra de comunitaria y la otra la de 4to que cambio el nombre y no me acuerdo pero que tiene una importa más basada en los lineamientos de la ley". ***(Acompañante Terapéutico)***

"(…) buscando laburo entro en lo que se llama Casa Lázaro, antes era Ave Fénix, entro a trabajar ahí y me encuentro con el mundo de las adicciones (…) en una modalidad de Hospital de Día, similar a lo que es una Comunidad Terapéutica en cuanto a las normas y a cómo se encara digamos, de qué paradigma se encara a la persona con adicción. Entonces me nutrí mucho de eso, me llevó a estudiar muchísimo más. Y empecé a entrar a ese campo digamos de las adicciones en sí". ***(Psicólogo)***

Algunos relatos hacen alusión a que los procesos de formación dentro del punto de vista académico se diferencian de las dinámicas y los procesos de construcción de sentido en los territorios.

"(…) es hora de ir limpiando el campo de algunas cuestiones o de ideas preconcebidas que vienen también obturando nuestras prácticas y que también han sido parte de nuestra formación. Porque no es que las vemos académicamente o las discutimos a fondo académicamente. Estas discusiones más bien se dan en otros planos, en ámbitos comunitarios, en ámbitos en donde hay organización social, donde hay planificación, donde hay autogestión, donde hay justamente capacidad para poder de alguna manera emplazar ese pensamiento ortodoxo y empezar a ver otra cosa sea mucho mejor y más significativa para los usuarios". ***(Psicólogo social)***

También para algunos es importante **señalar que se ha desarrollado un crecimiento cuantitativo y cualitativo de formación de recursos humanos, profesionales para el campo de la Salud. Pero que sin embargo, la falta de personal sigue siendo un problema en las instituciones públicas y privadas**, que cuentan con un equipo interdisciplinario limitado para las áreas programáticas que cubren. Este último se vincula a la falta de inversión por parte del Estado en términos de contrataciones o asignaciones de espacios para ejercer la profesión.

(…) pasa por recursos, no por las dificultades de formación de especialistas y de profesionales porque está, está bueno, ha crecido. En un momento de decía que no había, que hacía mucha falta, pero se han ido formando compañeros en todos estos años y bueno, se han integrado otra especialidades en la RISAM y otras experiencias interdisciplinarias… o sea, más personal y profesionales hay" ***(Psiquiatra)***

"(…) O sea, hay falencias más que nada también en lo que es recurso humano, porque en el San Martin con la gran cantidad que tenes de personas que continuamente entran y salen y de más, tenes un área de salud mental con poquitos profesionales que tienen que hacer entrevista como consultorio externo y

acudir a las situaciones dentro del hospital… todavía falta reforzar… va en camino, medio lento" ***(Lic. en Enfermería)***

III.2.2 Sobre los consumos problemáticos: perspectivas, mitos y/o representaciones, fortalezas y debilidades en el proceso de intervención.

En este tópico, la intención es reflejar las diferentes apreciaciones, concepciones y definiciones que los y las profesionales del Centro Huella manifestaron en los relatos recabados mediante las entrevistas realizadas acerca del consumo problemático. Estas diversas formas de posicionarse directa e indirectamente mediante el relato van a tener implicancias en sus formas de trabajar, de abordar y de pensar la problemática teniendo en cuenta que las posturas responden a determinadas paradigmas.

III.2.2.1 Perspectivas expresadas en relación a la problemática

En primer lugar, analizaremos los relatos en base a las **perspectivas** que se manifiestan con respecto a la problemática, es decir, el cómo ven, desde dónde se "posicionan" y comprenden los profesionales a los consumos problemáticos y su abordaje.

Es pertinente en esta ocasión, retomar el concepto de Bourdieu sobre campo para hacer referencia a las dinámicas que se juegan dentro de un espacio como la Salud/Salud Mental.

El autor define campo como un conjunto de relaciones de fuerza entre agentes o instituciones, en la lucha por formas específicas de dominio y monopolio de un tipo de capital eficiente en él (Gutiérrez, 1997). Este espacio se caracteriza por relaciones de alianza entre los miembros, en una búsqueda por obtener mayor beneficio e imponer como legítimo aquello que los define como grupo; así como por la confrontación de grupos y sujetos en la búsqueda por mejorar posiciones o excluir grupos. La posición depende del tipo, el volumen y la legitimidad del capital y del habitus que adquieren los sujetos a lo largo de su trayectoria, y de la manera que varía con el tiempo.

En los primeros relatos se reconoce la complejidad que atraviesan las situaciones vinculadas a los consumos problemáticos, tanto por la importancia de una lectura que articule los diferentes actores del campo de la salud/salud mental como por los impactos que ésta tiene en la subjetividad de los que la padecen.

"(…) esta temática requiere de un abordaje interdisciplinario, porque es muy compleja, porque es muy pendular, porque va de un lugar a otro y por momentos nos cuesta generar una especie de balance o de equilibrio entre la salud y la enfermedad". ***(Psicólogo social)***

"(…) el Consumo problemático ¿Qué hace? Te genera un quiebre en la cuestión personal, singular, en la autoestima, en la relación con los otros, en el resquebrajamiento vincular, en dificultades para estudiar, trabajar, etc., otras que son singulares que ni te imaginas" ***(Trabajadora social)***

Es importante rescatar, además, la vinculación que se hace del Trabajo Social y el enfoque sobre los consumos problemáticos, en una de las entrevistas realizadas, dado que se apunta a una lectura que remarca las potencialidades de nuestra formación en relación al anclaje sociológico y de comprensión de las problemáticas sociales.

"(…) el consumo problemático, (…) tiene más que ver justamente con profesiones como la nuestra. Por un anclaje más social, sociológico, que hace que el problema del consumo no sea por la sustancia que consume sino por un entorno y por un modelo de consumo que hace que éste sea un consumo más problemático ¿no?" ***(Trabajadora Social)***

Y en esa misma línea, la planificación, el desarrollo y la ejecución de estrategias de intervención de carácter territorial y comunitario[23] son otro factor generalmente presente en el proceso de formación e intervención profesional del Trabajo Social.

"(…) tiene que ver fundamentalmente con reconocernos parte de un sistema que promueve consumo que nos enferma. Y dentro de esos consumos pueden estar

[23] El abordaje de los consumos problemáticos enmarcado en la Ley de Salud Mental y en el Plan IACOP se caracteriza por plantear una perspectiva de redes comunitarias como herramienta colectiva.

consumo de sustancias, de tecnología, de comida, el punto no está en qué es lo que se consume, si bien es importante para el abordaje porque tenes que saber qué vas a hacer con eso, sino qué es lo que lleva ***(Trabajadora social)***

Por otra parte, también es pertinente señalar que de los relatos analizados, solo una de las personas mencionó que los consumos problemáticos van más allá de las sustancias, sino que también existen conductas de consumo problemático como el juego, la compra compulsiva, entre otras:

"(…) tiene que ver fundamentalmente con reconocernos parte de un sistema que promueve consumo que nos enferma. Y dentro de esos consumos pueden estar consumo de sustancias, de tecnología, de comida, el punto no está en qué es lo que se consume, si bien es importante para el abordaje porque tenes que saber qué vas a hacer con eso, sino qué es lo que lleva ***(Trabajadora social)***

Teniendo en cuenta esta última frase señalada, es pertinente rescatar una de las definiciones trabajadas en el marco teórico con respecto a las situaciones de consumos problemáticos, sobre la capacidad de correr el eje de la sustancia o la conducta problemática y poner el foco sobre el sujeto:

> Lo determinante no es el producto, sino la relación con el producto y el modo de vida en que se inscribe... (...) Así, existen varios modos de consumo, que comprenden las frecuencias y cantidades, pero también el tipo de compromiso en el uso de la droga definido por un sistema de relaciones, con sus rituales organizados alrededor de la toma del producto (Castel y Coppel, 1994: 230).

Por otra parte, también se plasman con claridad la coexistencia de los paradigmas trabajados en el marco teórico y de la necesidad de reconocerlos: **el abstencionismo y el de reducción de daños.**

"(…) Sobre los consumos hay discursos. Sobre las problemáticas de consumo, hay discursos. Y uno tiene que poder hacer una diferenciación. De buenas a primeras poder registrar ¿sí? Dar cuenta que estamos atravesados por discursos, todas las personas, son constitutivo de nuestra subjetividad. Y como segundo

paso, diferenciarlos" ***(Acompañante terapéutico).***

"(…) Tiene que ver con los tratamientos centrados en la sustancia o en la persona, siempre estuvo eso como que el modelo viejo medico hegemónico era centrado en la sustancia, y ahí sale la polémica de qué poder tienen las sustancias, si tienen o no o si todo está en la persona, en el sujeto. (…) Es como que siempre hay que apuntar al equilibrio, ninguna súper biología total ni eliminar la biología y las cuestiones así ¿no cierto?" ***(Psiquiatra)***

"(…) Estamos tratando un poco de incorporar el modelo de Reducción de riesgos y daños (…) contraponerlo a los modelos de abordajes o perspectivas más arcaicas, abstencionistas, prohibicionista ¿A qué lleva eso? A que de alguna manera las políticas institucionales estén abocadas no solamente a la parte asistencial sino al trabajo en territorio (…) pensar en la población no como objeto, en donde hay que ir a dotar de información para que no se arriesguen, para que no entren en el camino de la droga, sino de alguna manera poder pensar (…) la posibilidad de implementar prácticas de auto-cuidado, velando por los derechos de la persona, del contexto, etc." ***(Acompañante terapéutico)***

"(…) Hay muchas corrientes que siguen ondeando por los viejos paradigmas, y hay muchas más corrientes que hoy están reforzando este nuevo paradigma que fundamentalmente está más cercano a la ley de salud mental (…) tenemos que tener en claro que ya el cambio comenzó, el cambio se inició (…) tiene mucho que ver con la inclusión de otros actores, teniendo en cuenta que ya los profesionales no son los dueños del saber y del poder acá" ***(Psicólogo social).***

En la misma línea, se remarca que más allá de algunos criterios que la ley de Salud Mental plasma a la hora de intervenir en procesos de consumos problemáticos desde el Sector público, se debe reforzar el trabajo para unificar los criterios de abordaje desde el enfoque integral, dado que el mismo sector de efectores de salud es uno de los espacios que más contradicciones presenta:

"(…) La ley apunta a que las problemáticas puedan ser atendidas en un Centro de

Salud. Ahora, yo ahí sí creo que es importante ver (…) de qué manera… porque no es "atenderla" porque podes atenderla del paradigma viejo… esto de "venite sin consumir", "vos no sos nadie y vas a hacer lo que yo te diga porque yo soy el profesional"… eso también, lamentablemente, está en las atenciones. Entonces no es solo que lo atiendan en determinado lugar, sino cómo y quiénes lo atiendan, y qué recursos se mueven también para eso, que es todo un combo" ***(Trabajadora social)***

III.2.2.2 Mitos y representaciones sociales en torno a los usuarios

Se hace necesario analizar lo que tiene que ver con la **perspectiva** expresada en los relatos pero en relación **a cómo ven a los sujetos que se encuentran atravesados por las situaciones de consumos problemáticos y cómo la ley de salud mental influyó en este sentido**

"(…) con la ley y con esto del consumo problemático se rompen otras cosas o al menos se plantean preguntas, yo creo que donde no hay preguntas estamos en el horno. Esto de la adicción cerraba quién es adicto quien no. Si es adicto hay que tratarlo, si hay que tratarlo hay que encerrarlo…" ***(Trabajadora social)***

"(…)Tenemos que acostumbrarnos a mirar a las personas que vienen acá como seres humanos, primero, y no como enfermos… que eso ya marca una pauta y una diferencia muy importante…". ***(Psicólogo social).***

"(…) Nosotros acá hacemos abordajes integrales, y esos abordajes implica no solamente mirar el campo, indagar el campo intrapsíquico, sino que también tenemos que indagar el campo intersubjetivo, el mundo interno y el mundo externo de cada sujeto que llega acá…. Porque cada persona que con un proceso histórico de experiencias. Y cuando toman contacto con este efector, comienza un proceso de recuperación y de fortalecimiento de la Salud". ***(Psicólogo social).***

"(…) Cada uno tiene su singularidad y se aborda con estrategias particulares, y lo que se pretende es que la persona pueda visualizar (…) la problemática que tiene

con el consumo… generar espacios de proyectos de vida si no los tiene, hábitos saludables" ***(Lic. Enfermería)***

"(…) es re importante que desde el consumo problemático se entienda que no estamos haciendo un lugar a un enfermo etiquetado al cual hay que meterle mano sino que hay que buscar cómo armar una estrategia interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial muchas veces para pensar con el otro, desde un acuerdo también, cómo poder tener una mejor vida. Hasta ahí. Yo creo que eso es un montón, poder pensarlo así" ***(Trabajadora social)***

Como se desarrolló al principio de la investigación, es importante rescatar las expresiones en relación a los modos de nombrar los conceptos que atraviesan esta problemática. Sobre todo dar cuenta que adicción y consumo problemático corresponden a dos cuestiones diferentes y que no pueden seguir siendo utilizadas, muchas veces, como sinónimo.

"(…) lo dice Alicia Stolkiner muy claro: "toda adicción es un consumo problemático, pero no todo consumo problemático es una adicción". Entonces de ninguna manera podemos ponerlo como sinónimos. O sea, la adicción lo podemos tomar como parte de un proceso que puede darse o no, no toda persona que consume es una persona que deviene en un proceso de adicción. Porque la adicción encima planteada como se plantea más es una etiqueta que un proceso" ***(Trabajadora social)***

"(…) para que las revoluciones se den, para que los cambios se den tenemos que empezar por nosotros mismos (…) Esto implica interpelarse permanentemente. No es que el viejo paradigma quedó atrás y que ahí yo no estoy, digamos, ya estoy limpio de ese viejo paradigma y estoy totalmente en el nuevo paradigma, y de ahí en adelante la mirada va a ser lineal… no, no, no, digamos, la contradicción siempre va a estar presente. Y eso siempre lo vamos a tener que trabajar precisamente por este bombardeo y esta construcción psicosocial que hay con respecto a las adicciones y al consumo" ***(Psicólogo social).***

"(…) todo cambio de paradigma acompaña cierta significación del problema, a veces muy transformada o a veces similar. Y por ahí abordar un problema desde otra perspectiva requiere nuevos significantes para abordarlos, no solo para uno sino también para el usuario. "(…) Decir, o clavarle la cruz del adicto, a tratarlo como una persona con consumo problemático, es muy distinto. No solo para el usuario sino también para la familia. Y también para los efectores mismos, es como un recordatorio de que ahí hay un sujeto, y no es un adicto con un estigma intratable" ***(Psicólogo)***

"(…) adicción es un término viejo también digamos, pero te diría que es un término que usa "cualquier hijo de vecino" por decirte. En parte no se usa más digamos, los que lo seguimos usando por ahí porque nos entendemos, pero las cuestiones más globales, o sea, desde el punto de vista de los diagnósticos que hoy hablaba no se usa adicción, se usa "abuso de sustancia", "dependencia de sustancias", "uso", "abuso" también es algo viejo". ***(Psiquiatra)***

Por otra parte, se reconoce la construcción de un imaginario social en torno a la problemática que da cuenta de fundamentos y asociaciones discriminatorias y estigmatizantes, entre pobreza-delito-consumo, como se trabajó en el marco teórico. Se apunta en todos los relatos, como mencioné anteriormente, al reconocimiento de una coexistencia permanente entre las diferentes perspectivas.

"(…) Creo que abonan a esta construcción del "adicto", "el peligroso", la relación pobreza, adicción y delincuencia, bueno… viene ya con esas palabras. Primero hay una construcción social muy fuerte que lleva la etiqueta de todo lo que te dije, pero sobretodo que es pobre. Porque el que consume otro tipo de sustancia, de mejor calidad y de más no molesta. El consumo que molesta no es el consumo de las clases "pudientes" (…) es el de la clase más pobre o más vulnerable. Entonces desde ahí el que construye ya es uno que mira con una mirada sesgada. ***(Trabajadora social)***

"(…) Hay que tener cuidado con los posicionamientos. Yo por ejemplo desde mis prácticas lo hago desde la salud, después entro a indagar de qué se trata la dificultad (…) de las personas que tenemos en frente. Pero me parece que eso

tiene un valor muy importante porque ayuda a que las personas un poco se desestigmaticen y nosotros también colaboramos con la desesternizacion de esta persona que, aparentemente para el imaginario colectivo, es un residuo que va a un lugar a atenderse porque la única forma de tratamiento es reciclarlo digamos" ***(Psicólogo social).***

"Entonces todo eso genera sociedad. Digamos, ciertas representaciones o como que viste, por ahí, los estereotipos de "la gorrita" de "Ah, este seguro consume". Y eso está digamos, no sé, yo trato de no hacer un juicio de valor hacia la otra persona, por ejemplo. Porque estoy trabajando con ellos, digamos" ***(Lic. en Enfermería)***

"(…) Ese punto es muy importante en la ley, uno de los más importantes para mí. Porque el adicto, pongámosle esos términos, o la persona que abusa de drogas, años atrás era prácticamente un delincuente… por estar prohibida ¿no cierto? Y el alcohólico también es muy estigmatizado. Y la ley viene acá tajante a decir que es un problema de salud". ***(Psiquiatra)***

"(…) creo que hay una gran responsabilidad social que como sociedad también nos tenemos que hacer cargo de que esta construcción todavía persiste, de estas contradicciones que también tenemos, estas relaciones fáciles que sacamos "ah, este te robo seguro estaba drogado", o "mmmm, estos están fumando porro, seguro te afanan", entonces todas esas cosas tenemos que deconstruirlas y dejarnos de jorobar" ***(Trabajadora social)***

Hay una identificación muy fuerte por parte de los profesionales de las condiciones estigmatizantes que existen sobre las personas que atraviesan situaciones de consumos problemáticos. Siendo una de las principales características producto de una construcción hegemónica del relato abstencionista/prohibicionista como se desarrolló en la primer parte de la investigación

Goffman (1986) señala que un **estigma** es un atributo desacreditador definido en términos de relaciones. Es una característica que hace diferente al individuo y que atrae la desaprobación del entorno social. Se trata de un atributo que, no

constituyendo una falta social, moral o que ha sido saldada, se juzga como una marca que vuelve al individuo inferior e indeseable*: "Es un estigma, en especial cuando él produce en los demás, a modo de efecto, un descrédito amplio, a veces recibe también el nombre de defecto, falla o desventaja"* (Pp. 12).

Las incontenibles consecuencias de la estigmatización son la exclusión y la discriminación social:

> Creemos, por definición, desde luego, que la persona que tiene un estigma no es totalmente humana. Valiéndonos de este supuesto practicamos diversos tipos de discriminación, mediante la cual reducimos en la práctica, aunque a menudo sin pensarlo, sus posibilidades de vida (Goffman, 1986, p. 15).

Volviendo a los relatos de los profesionales, algunos apuntan a compartir ejemplos concretos para dar cuenta de cómo y quiénes son muchas veces los que refuerzan estos estereotipos y representaciones sociales estigmatizantes, señalando, como mencione anteriormente, a los propios efectores de salud.

Es importante resaltar que el foco no es si los estereotipos y/o representaciones son verdaderos, sino su impacto en la realidad concreta, su influencia en diferentes dimensiones que desarrollo más adelante, como por ejemplo, la discriminación, el alejamiento de los efectores de salud, la criminalización y/o las miradas reduccionistas de los problemas. Constituyéndose muchas veces en **debilidades/obstáculos del proceso de intervención, punto que más adelante es profundizado.**

(…) Me toco recibir el otro día (…) una mamá que vino muy preocupada porque había tenido la experiencia de una consulta en casa lázaro (…) ella había llevado a su hijo, el portero cuando va saliendo le dice "señora, ¿hay menores en la familia? Tenga cuidado porque los drogadictos cuando están bajo los efectos del consumo, muchas veces cometen actos de abuso con menores" Entonces… de cierta forma, uno, digamos, trata de tomar esto y de deconstruirlo justamente (…) porque son posturas que están muy legitimadas". ***(Acompañante terapéutico)***

"(…) nosotros trabajamos mucho con representaciones en las escuelas secundarias o hasta los mismos profesionales. Porque por ahí los profesionales de otro centro de salud dicen "no yo no trabajo con adictos, lo derivo al hospital o al centro huella. (…) lo que es la representación es una construcción de un conjunto de personas y de lo que trae de su casa también. Hay personas que toda la vida vivieron relacionadas con el consumo, lo naturalizan. Uno que no está en ese contacto con esa persona o esas situaciones lo va a ver distinto. Y las representaciones son amplias" ***(Lic. en Enfermería)***

"(…) te vas a encontrar lamentablemente con colegas tuyos, de otras profesiones, también como trabajadores de la salud que te van a decir "yo para estos no trabajo" algunos te dicen "pueden llegar medios duros a la sesión" que pueden ponerse peligrosos, otros que parece que en vez de estar delante de una persona están delante de una sustancia, de un cúmulo de efecto de una sustancia y no de una persona. ***(Acompañante terapéutico).***

De igual manera, se menciona que es fundamental reconocer que trabajar con esta problemática implica una reflexión permanente, de "vigilancia epistemológica" para dar cuenta desde dónde uno realiza sus intervenciones:

(…) tenemos quienes construyen y quienes pretendemos deconstruir (…) Entonces hay que tener cuidado, una cierta vigilancia por un lado epistemológica, una vigilancia en función de ser lo menos contradictorio posible porque la contradicción existe, a veces aparece en lo discursivo y a veces en las prácticas, y muchas veces aparece entrelazado, entre una cosa y la otra. ***(Trabajadora social)***

Todo este conglomerado de estereotipos como las respuestas institucionales ha creado una visión hegemónica de la problemática basada en juzgamientos de carácter moral y muchas veces irracional. Este es el principal obstáculo a la hora de querer transformar los discursos y prácticas relativas al consumo de drogas: **nuestros propios prejuicios.**

Además se puede observar en estos relatos que está presente la perspectiva que

pertenece más al modelo punitivo trabajado en el marco teórico y que se hace preciso rescatar para tensionarlo junto a las frases analizadas.

Al principio de la investigación, se trabajó sobre el *modelo punitivo*, el cual se basa en la percepción social que ve al consumidor de droga como un enemigo político, en el sentido de que representa un peligro para la estabilidad y el orden social, entonces la respuesta institucional debe ser la cárcel. Este modelo fue desarrollándose a lo largo de los años 60 y 70 de la historia para después entrelazarse con el modelo de Reducción de Daños y Riesgos en los años 80´.

En este sentido, es importante señalar que en la segunda mitad de los años 80´, la argentina multiplicó las *respuestas sanitarias* para "adictos" con formas de intervención que iban desde la internación, la comunidad terapéutica hasta la de características ambulatorias. En 1989 se sanciona la ley 23.737 que contemplaba estas medidas de carácter curativas y educativas como alternativas diferentes a las respuestas netamente penales por consumo de sustancias. Además, "*se visualiza el consumo extendido a todas las capas sociales, la percepción social distingue claramente entre el traficante-delincuente y usuario-enfermo. Se mantiene la respuesta penal para el primero y la curativa para el segundo"* (Touzé, 1993).

Por otra parte, y teniendo en cuenta los actores que influyen en la construcción de una perspectiva estigmatizante, también se reconoce el **modelo médico hegemónico** en la producción y reproducción de representaciones sociales que alimentan la consolidación del viejo paradigma. Como así también l**os medios de comunicación**, los efectores de salud, las contradicciones normativas que coexisten actualmente en nuestro país, la justicia, entre otros.

*"(…) Quienes las refuerzan son, digamos, nuestros mismos esquemas hegemónicos de salud. Entonces, las instituciones, su historia y su recorrido también tienen que ver mucho que ver con esto, los medios de comunicación también, sobre todo aquellos medios de comunicación que son corporacioncitas, que también tienen en sí mismas algunas cuestiones discriminatorias frente a lo que significan estas dificultades" (**Psicólogo social)***

"(…) Yo creo que juegan un rol muy preponderante, en principio, los

profesionales ¿sí? Que de alguna manera no hacen más que reforzar este tipo de mirada sobre los usuarios de sustancias… en mi opinión. Después en un segundo plano podemos pensar los medios de comunicación, este… podemos pensar la fuerza que muchas veces tiene esta cuestión digamos de la ley de estupefacientes, la 23.737… Y como a partir de ahí sale la ley de narcomenudeo, en donde no se hace más que seguir estigmatizando y pensado al usuario de sustancia como un criminal… pero ¿por qué se piensa a la persona que consume marihuana como un criminal? ***(Acompañante terapéutico).***

"(…) Entonces todas esas cosas de alguna manera todos contribuimos a que todavía sigan esas etiquetas, el tema es hacernos cargo de que partecita nos toca de la construcción pero sobre todo qué partecita nos toca de la deconstrucción, qué podemos hacer, qué hago yo con ese otro que viene acá como profesional de la Salud. ***(Trabajadora social)***

"(…) yo tengo una particularidad porque no creo todo lo que veo. Entonces uno tiene que tener crítica cuando ve algo. Obviamente que los titulares van a generar más impacto o más importancia en el espectador si te dice "choco un niño, o mato porque estaba bajo el consumo de alcohol", por ejemplo. Los medios sí influyen para que haya una representación positiva o negativa sobre algún tema, eso es seguro" ***(Lic. en Enfermería)***

En relación al modelo médico hegemónico, es importante tener presente que más allá que se pretenda trabajar y/o abordar desde un paradigma que no se caracterice por ser biologicista como el abstencionismo, sino que esté "más cerca" de una perspectiva de reducción de daños y riesgos, por ejemplo, también está o puede estar atravesada por la hegemonía del modelo médico. Por eso, como se mencionó en una de las frases de la Trabajadora Social anteriormente, es preciso tener una "vigilancia epistemológica" permanente.

Por ejemplo, una de las implicancias de la hegemonía del modelo biomédico es que las intervenciones jerarquizan los aspectos psi (intra-psíquicos) y/o biológicos por sobre posibles abordajes de las dimensiones socioculturales. Esto ocurre pese a que sabemos que, en contextos de exclusión social, el uso problemático

de drogas **remite a problemas de integración social**. Otra implicancia es concebir y reducir las prácticas sociales (como el consumo de drogas) a factores de riesgo personal, con la consecuente respuesta: una serie de indicaciones para evitar esos riesgos.

III.2.2.3 Debilidades y fortalezas en el abordaje

En este apartado, se analizan los relatos de los entrevistados/as en relación a cómo se va desarrollando el proceso de intervención dentro de la institución. Cuáles son las debilidades y las fortalezas que se visualizan.

Con respecto a las debilidades y/o obstáculos a la hora de abordar la problemática, se señalan solamente algunos puntos que se hace pertinente rescatar, pero también se demuestra un discurso de los trabajadores que hace más hincapié en las potencialidades que en las debilidades a la hora de intervenir. Lo que no me parece una casualidad sino que responde a la unificación del criterio por parte del equipo interdisciplinario, esto último desarrollado más adelante.

Con respecto a las debilidades, En este apartado se analizan los relatos en base a las debilidades y/o dificultades que atraviesa el proceso de intervención sobre esta problemática, se expresaron algunas cuestiones relacionadas al acompañamiento de la familia, a la falta de constancia en el tratamiento o a la percepción negativa del sujeto sobre el proceso de intervención o el tratamiento, a las dificultades socioculturales y/o económicas, entre otros aspectos.

Y es interesante analizar estas frases para tener en cuenta, como permanentemente se entrelazan los discursos de los diferentes paradigmas:

*"(…) otro problema muy importante, que es una característica de esta problemática, es la falta de constancia en el tratamiento. O sea, vemos muchísimo que vienen en la etapa de admisión una, dos, tres veces, y se diagrama el tratamiento, vienen una o dos veces y dejan de asistir. Lo llamamos y viene una vez más y otra vez vuelve a faltar. Y pega un faltazo de un mes y… o sea, por ahí tiene mucho que ver con el tema de la bulia que padecen o por ahí digamos se le facilita el hecho de sostener el consumo y dejan de problematizarlo**. (Psicólogo).***

"(…) otro factor que siempre vemos es la falta de acompañamiento de la familia ¿no? O de un tutor. Muchas veces vemos personas que vienen solas a pedir ayuda. Vienen con la madre una o dos veces y después no hay ese acompañamiento ¿viste? Nosotros tenemos lo que es espacio de familia también, para los familiares. Y muchas veces hay cierta falta de acompañamiento de los familiares… A veces por depositar en el mal llamado adicto los problemas ¿no? Y decir "el del problema es mi hijo y no soy yo" desconociendo obviamente la coparticipación que hay ahí no. ***(Psicólogo).***

En estos dos relatos anteriores se mencionan debilidades y/o dificultades de carácter más individual, familiar o de confianza entre los usuarios de salud y los equipos tratante.

Sin embargo, por otro lado también se mencionan otras perspectivas sobre las "barreras" o dificultades de carácter socioculturales y/o económicas que afectan directamente el vínculo y los procesos entre los usuarios y las organizaciones institucionales:

"(…) está muy instalado en el imaginario colectivo, es parte de alguna manera de una cuestión inclusive hasta clasista te podría decir, porque no es lo mismo que estemos frente a un adolescente o a un joven que viene de una barriada popular con todas las necesidades que implica hoy pertenecer al campo de lo social y fundamentalmente de lo popular, a que este frente a una persona que tiene todas las capacidades materiales, económicas y todo el estatus social para poderse atender y poder ser comprendido de otra manera (…) estas cuestiones vienen muy reforzadas y tienen mucho que ver con la lucha de clases. Entonces no voy a tratar de la misma manera a alguien que tiene la capacidad material para poder de alguna manera acompañar este proceso que a un pibe que viene del barrio, que le cuesta tomar 1 o 2 colectivos para venir acá al Centro Huella. Entonces me parece que eso también es interesante para barrer un poco toda esta cuestión que está en el imaginario ¿no?" ***(Psicólogo social)***

"(…) Hay gente que abandona y que a los 3 meses vuelve… y que hay que con templar un montón de singularidades… gente que le aparece un laburo y que prefiere llevarle a comer a los hijos y no hacer el tratamiento… pero hay un

*montón, no hay algo general ¿viste?". (**Acompañante terapéutico)***

*"(…) a veces te encontrás con usuarios en una etapa pre contemplativa del problema: "yo vengo porque me mandan" (…) entonces… Bueno, hemos creado grupos terapéuticos para trabajar en esa etapa en sí con otros que ya problematizan la cuestión". **(Psiquiatra).***

Es pertinente volver a señalar que los prejuicios, los mitos y los estereotipos que fueron trabajados en el marco teórico y analizado en los relatos del punto anterior también operan como barreras, obstáculos o debilidades en los procesos de vinculación entre los usuarios y los profesionales y organizaciones institucionales que aborden la problemática.

Por otra parte, es necesario hacer referencia a la **"abstinencia"** en el proceso de intervención, ya que es una de las características de la perspectiva **abstencionista/prohibicionista que surgió a la hora de conversar con los entrevistados/as sobre fortalezas y debilidades**

Además, fue una de las inquietudes que generó esta investigación, dado que, a través de un trabajo práctico para la cátedra "Salud Mental. Campo y supuestos" de 3to año de la Licenciatura en Trabajo Social, desarrollé entrevistas a profesionales del campo de la Salud/Salud Mental de la ciudad de Concordia, y allí pude dar cuenta que existían discursos contradictorios acerca de cómo abordar los consumos problemáticos, específicamente en relación a la abstinencia como punto de partida o como horizonte en cada intervención. Algunos profesionales hablaban de lo importante de la Ley y de la visión del sujeto y su contexto, pero a la misma vez comentaban que sus intervenciones exigían la abstinencia desde el primer momento, remarcando así, indirectamente, la importancia de la sustancia antes que del sujeto.

Volviendo a las frases significativas sobre la abstinencia, se hace alusión en todos los relatos a la necesidad de **reducir el consumo**, pero no a una "condición" para realizar o comenzar el tratamiento en el Centro Huella.

"(…) Chicos que consumen cocaína, muchísimo, exageradamente, y luego hacen tratamiento y vienen y evolucionan, mejorar, dejan de… bajan el consumo y ya de

consumir 10 gramos a consumir 2 gramos ya hay una mejoría… o sea, no es un ideal pero es una mejoría. Dejar la cocaína y consumir una droga más blanda, liviana es una mejoría". ***(Psiquiatra)***

Se ve a la abstinencia como "un norte", como el "horizonte" del proceso, siempre teniendo en cuenta las características de cada sujeto. Y también se reconoce en algunos relatos la influencia del Modelo Médico Hegemónico en la construcción de las estructuras teóricas y metodológicas en relación al abordaje de las problemáticas del campo de la Salud/Salud Mental.

"(…) el tema de la abstinencia como criterio de abordaje terapéutico tiene que ver con un paradigma viejo, medico hegemónico. Ese paradigma es que viene de una perspectiva biologicista, que todo lo relaciona con que el cuerpo, el órgano, o sea, te hablan por el órgano enfermo y no por la ´persona "este es un hígado tal aquel es un riñón tal"… (Risas) Ese paradigma es el que lleva, el que tiene digamos dentro de otros criterios, la cuestión de la abstención. ***(Trabajadora social)***

"(…) La abstinencia es necesaria, digamos. Hay que tratar de quitar ese obstáculo del camino porque es lo que te está perjudicando. Si vos sos un consumidor de cocaína y estás teniendo problemas justamente con el uso de esa sustancia, hay que intentar erradicarla de tu vida ¿Por qué? Porque cuando hablamos de deseo y satisfacción estamos en un terreno que nosotros no manejamos, entonces se te puede ir de las manos nuevamente. O sea, siempre en caso a caso, si es un dependiente de las sustancias apelamos a reducir el impacto de la sustancia en el cuerpo ¿no? Un uso controlado, más regulado. ***(Psicólogo)***

"(…) (sobre si la abstinencia es ineludible) no, no, pero no. Porque si no entonces estuviéramos justamente trabajando sobre esos viejos paradigmas, y acá lo que nosotros queremos es que los sujetos se empoderen. Empoderarse significa ser protagonista de tu propia historia. Pero ser protagonista de tu propia historia siempre en relación con otros, en relación a tu contexto, a tu comunidad…Es, sería como que esta persona logre la mayor suma de felicidad para su vida. Y que en función de ese logro pueda estar en mejores condiciones mañana, no

solamente consigo mismo sino con sus vínculos más cercanos. Y vuelvo y te repito, con su contexto, con su cultura, con su comunidad… En ese sentido nosotros trabajamos y nos posicionamos. Nosotros no consideramos que los sujetos que vienen acá debemos abstraerlos de la realidad". ***(Psicólogo social)***

Sin embargo, en algunas frases significativas reconocen algunas críticas que son "polémicas" en relación a la abstinencia: dejando entrever que es un debate importante de posicionamientos dentro del equipo de la institución como desarrollé en el marco teórico.

"(…) también siempre fue polémico porque se habla de la cuestión de la abstinencia como una limitante también… La abstinencia sería como un objetivo digamos, en un punto por supuesto. La lógica seria que la persona deje de consumir es a lo que generalmente vienen… Abstinencia habla de abstención total del consumo de cualquier sustancia… no lo veo como "un cuco" como por ahí se lo tiene… si me parece bastante ridículo que funcione como "abstinencia o nada" porque eso no pasa en la práctica, casi nunca ¿no cierto?" ***(Psiquiatra)***

También se manifestó en una de las entrevistas como una debilidad a la hora del abordaje la **"falta de protección del Estado" ante los ciudadanos en situaciones de robo o delictivas.**

"(…) Entonces uno tiene que tener cuidado igual de cuándo va en la calle, si te van a robar o no te va a robar. Total después se escudan que estaban bajo los efectos del consumo, entonces ahí está complicado porque no hay una ley, no ley, sino como que desde lo judicial tenes acumulación de causa, tenes trabajo comunitario, y bueno entonces como ciudadano uno no está, hoy en día, como acobijado o protegido por el Estado" ***(Lic. En Enfermería)***

Otra debilidad señalada en las entrevistas tiene que ver con **la falta de "estabilidad laboral" y de "fuentes de trabajo"** en las áreas de Salud/Salud Mental como también hemos trabajado y analizado en el Tópico numero 1 (uno) sobre las críticas constructivas a la actualidad de la ley de Salud Mental (pocos

puestos de trabajo para la demanda que existe).

"(…) el Estado también desprotege a los profesionales de la salud, porque cuando hay nombramientos pasan los que son administrativos más fácil que los que son profesionales. Entonces si (…) habría más fuentes de trabajo, se podría ser distinto en el ámbito de la Salud Mental ¿no? Como yo te decía, en el San Martin por ejemplo son cuatro, cinco, son pocos para poder lidiar con toda la carga de una institución enorme…" ***(Lic. en Enfermería)***

También se expresó las contradicciones que el Estado tiene con respecto a la regulación del consumo de ciertas sustancias, ubicando esto como también un obstáculo en la deconstrucción de la perspectiva abstencionista:

"(…) ¿Por qué el Estado se predispone a regular, de la manera que lo viene haciendo desde hace muchos años, el consumo de alcohol y tabaco? Inclusive brindar espacios culturales, espacios en los medios de comunicación para fomentar por medio de las publicidades, visuales o audiovisuales, estimular el consumo de alcohol. ¿Por qué busca censurar el consumo de otras sustancias? ¿Cuál es la explicación que un legislador puede darme, puede darte, de por qué el alcohol es una sustancia legal y la cocaína una sustancia ilegal? ¿En qué crees que se va a basar esa fundamentación? ¿En la composición química de la sustancia? ¿En el impacto fisiológico o neuronal que tiene?... ¿A qué va acudir para argumentar que determinada sustancia tiene una regulación política estatal y otras están por fuera?" ***(Acompañante terapéutico)***

Y en esta misma línea, se plantea una visión donde el verdadero regulador de la vida cotidiana (y de la moralidad bien/mal) es el **mercado**, teniendo éste el poder de imponer la lógica de lo rentable por sobre lo saludable. Apuntando a que primero "*somos seres de consumo" antes que "seres de derecho":*

"(…) vivimos en una época en la que el mercado regula todo, que el mercado regula la moral. La moralidad se desprende de esa diferenciación que está hecho por un mercadeo. Vos pensá que es un mercado en donde el Estado en un punto

tiene participación y en la otra deja de tenerlo… ¿cuáles son los intereses y las conveniencias? Me parece que esta fuera de nuestro alcance poder comprenderlo… Pero ¿qué es lo que se discute cuando uno piensa en la legalidad o en la ilegalidad de una sustancia?... ¿la persona, sus vínculos, su historia, su proyecto vital?" **(Acompañante terapéutico).**

Con respecto las fortalezas en el abordaje, es necesario rescatar los relatos sobre **cómo se trabaja sobre las situaciones de consumos problemáticos en la institución**, donde los y las profesionales fueron describiendo en primer lugar, algunas características en relación a **cómo se presenta la demanda y posteriormente cómo se desarrollan las acciones del equipo.**

Se remarca que en líneas generales, la demanda llega a la institución acompañada de una situación puntual que afecta su vida cotidiana; como por ejemplo perder el trabajo o vínculos afectivos, familiares; como así también las situaciones que llegan mediante procesos judiciales.

"(…) Muchos de los que recibimos acá son usuarios que presentan un consumo problemático y lo problematizan a partir de cierto golpe que reciben, cierto impacto en la vida de ellos mismos: (…).Pierden trabajo, la familia que no los aguanta más, la pareja que los echó de la casa o la justicia que impone un tratamiento…" ***(Psicólogo)***

"(…) ¿Cómo se nos aparece a nosotros en la clínica el consumo? Aparece como un mero de gratificación instantánea, como un aplacador de estados emocionales negativos, pensamiento displacentero, "me olvido de todo", pero cuando se va el efecto es el tema…" ***(Acompañante terapéutico)***

"(…) lo que nosotros tenemos que hacer es recibir esa demanda y poder construir una estrategia con el otro en función de esa demanda que es singular, concreta, o sea no tenemos receta para todos igual, cada uno va viendo cómo construir una estrategia, y cada persona tiene un tiempo distinto" ***(Trabajadora social)***

Por otra parte, una de las **fortalezas que se mencionó** anteriormente tiene que ver con el trabajo interno del equipo en búsqueda de construir **un criterio más unificado a la hora de abordar la problemática.**

"(…) hay una generalidad institucional en cuanto a cómo pensar o abordar, no sobre el qué hacer y cómo hacerlo, sino el bajo qué perspectiva. Hay equipos tratantes que muchas veces se evalúa la posibilidad de una intervención domiciliaria, para que el paciente cuando viene con determinadas interrupciones en el tratamiento que pueda afianzarse más, que haya un mayor acompañamiento de la familia cuando es pertinente. A veces se evalúa que la familia no esté tan presente, por ejemplo. Pero eso depende de los criterios que cada equipo va construyendo en ese proceso de la interdisciplina que te dije también". ***(Acompañamiento terapéutico)***

Se hace alusión a que más allá de algunas diferencias metodológicas, se trabaja fuertemente esa unificación del criterio de intervención en relación a la perspectiva que se implementa en cada situación mediante días fijos por semana para el debate interno dentro de la institución.

"(…) Entonces eso es lo que por lo menos acá hemos logrado, todos los miércoles hay reunión de equipo, todos los miércoles se ven casos, todos los miércoles estamos re trabajando y repensando nuestras prácticas, hay días que son barbaros pero hay días que hay debates y debates, que no y que sí, pero bien, porque es lo que hay que hacer, salir de la comodidad, de la zona de confort, de la comodidad de decir "yo desde el otro lado te voy a decir lo que tenes que hacer" y ahí lo estamos dejando a la deriva al otro que viene encima de muchas derivaciones previas muchas veces" ***(Trabajadora social)***

"(…) Es una tarea que todos los días nos damos acá en esta institución, digamos, si bien es cierto hay dificultades, pero también cuando transitamos las mismas, logramos cierta coherencia en nuestro trabajo, lo cual nos permite continuar sosteniendo este servicio" ***(Psicólogo social)***

Retomando los aportes de los entrevistados y entrevistadas en relación a bajo qué perspectiva piensan las intervenciones, es importante recuperar algunas frases significativas que plantean las intenciones de desarrollar permanentemente

una estrategia integradora, alojadora, que genere espacios de encuentro con ese otro que se presenta en la institución atravesado por una situación de consumo problemático y no que se reproduzcan lógicas de encierro, rechazo y estigmatización.

Se reconoce, entonces, la perspectiva que entiende a las situaciones de consumos problemáticos como un complejo entramado entre SUJETO-CONTEXTO-SUSTANCIA, contrariamente a la perspectiva abstencionista, biologicista que centra el análisis en la SUSTANCIA y sus efectos en el cuerpo, como así también en el "PELIGRO" que significa un consumidor de drogas para la sociedad.

"(…) de manera pues que nosotros no tenemos que analizar a este sujeto en cuestión sino que también tenemos que analizar y comprender su vida de relación, sus vínculos más cercanos, su contexto social, su cultura y su comunidad. Entonces, desde allí, pues nosotros vamos evaluando desde esas distintas dimensiones, este… ¿Cómo está el sujeto? Y ¿En qué condición situación se encuentra? Como para decir bueno, "está para un egreso". Ellos también lo van manifestando" ***(Psicólogo social).***

"(…) En realidad es mejorar la calidad de vida y cómo aliviar todo eso que apareció como un caos al principio es algo que va a seguir un curso de acuerdo al sujeto con el que trabajemos… están los espacios para cada característica sí, grupal, individual, familiar… pero en realidad la estrategia terapéutica se diseña dependiendo la singularidad de esa persona".
(Acompañante terapéutico)

"(…) Cuando una persona sale de acá y dice, por ejemplo (…): "Cuando estoy allá me siento mejor" "He podido poner en práctica las herramientas que acá aprendo en el afuera", "Mejoré mi relación con mi pareja", "recuperé un amigo", "encontré trabajo", "retome otra vez las actividades deportivas". Me parece que si nosotros no dejamos que la droga, o el objeto droga, nos tape el resto del bosque yo creo que yendo por ese camino estamos de alguna manera también fortaleciendo a este sujeto que viene siempre con un deseo y con ganas de cambiar su vida"

(Psicólogo social)

"(…) cuando vemos que estas cosas que se vieron al inicio, estas dificultades, empiezan a modificarse, cuando empiezan a encontrarse con otros en los grupos, cuando empiezan a crear cosas, a escucharse y ser escuchados, todo eso es un movimiento subjetivo muy intenso y muy importante en muchos de los que vienen que hace que en un momento ellos mismos te digan que están mejor, y vos te das cuenta… hay un punto de alta, digamos pero después está el seguimiento… Pero más que alta para mí es un "alto"… como diciendo "hasta acá". Pero sigo de alguna manera sostenido, porque ese es otro tema, porque el gran error de las instituciones de salud y de otras también, son las altas expulsivas, "bueno, ya está, cumpliste con el programa, cumpliste, chau"… no, no, no, acá hacemos seguimiento. Cada caso se va viendo y en general son seguimientos cada quince días, después se va viendo, puede ser mensual, y siempre se va viendo, porque los usuarios saben que ante cualquier cosa pueden volver" ***(Trabajadora social)***

Por eso para poder entender los ***consumos problemáticos*** tenemos que ser conscientes de que se está ante una problemática social compleja, una problemática que se conforma de diferentes factores que a su vez pueden asumir diferentes formas. Una **perspectiva relacional del problema**, es un punto de vista en el cual ya no es la sustancia lo importante, por lo que debemos trabajar día a día para erradicarla, sino que debemos incorporar la mirada que relaciona al sujeto con una sustancia en un contexto determinado:

"(…) Un paradigma que incluya, integre, pregunte, genere un espacio terapéutico donde la persona que viene a pedirte ayuda, que vienen a eso de alguna manera, ayuda profesional o algún tipo de ayuda, hay una necesidad que también hay que saber decodificar, vos le puedas transmitir algo que lo aloje y no que lo expulse, que ahí yo creo que está una de las importantes diferencias" ***(Trabajadora social)***

En la misma línea sobre el cómo se entiende y abordan las situaciones en la institución se sostiene la idea de que cada situación es particular, por la historia que trae el sujeto, donde nunca es prioridad en primer lugar "correr" a la persona del consumo, sino lograr una reflexión, una problematización de ese consumo. Siendo esta una característica de la perspectiva de Reducción de Daños y

Riesgos como lo he retomado anteriormente.

"(…) nosotros, la mayoría de los profesionales acuerdan y acordamos con la perspectiva de reducción de daños y la de reducción de riesgos, yo coincido mucho con la perspectiva de riesgos. De poder pensar qué cuestiones son riesgosas, que van más allá y más acá del consumo de la sustancia. No del cuánto consumiste sino mejor dicho cosas que te genera ese consumo… la pérdida de lazos, la dificultad… pero lo orgánico también existe y por supuesto hay que conocerlo y por eso tenemos médicos y otros profesionales que trabajan esto, pero… no podes poner como una condición la abstinencia porque en definitiva esta persona está viniendo acá porque algo no puede de su existencia, algo… se siente mal por su existencia y eso es lo que hay que abordar, no es sacar y prohibir" ***(Trabajadora social)***

"(…) No se intenta correr a la persona del consumo, nosotros no lo intentamos hacer. Lo que intentamos es que la persona pueda correrse ella misma, tomar distancia de eso que se constituyó muchas veces como un medio, o como un fin en sí mismo. Pero es un ejercicio que lo va a hacer la persona. Y nosotros podemos acompañar ese proceso, para eso están los espacios que tenemos". ***(Psicólogo social)***

Otra frase significativa que es importante rescatar, tiene que ver con **la relación que se establece entre el o la profesional y el sujeto**, dado que esto es un eje de análisis significativo a la hora de desarrollar esta investigación y de dar cuenta qué lógicas o paradigmas imperan en la institución.

Siguiendo lo anteriormente mencionado, se recupera la siguiente frase para dar cuenta de cómo se percibe al "otro" o al usuario en el proceso de intervención. Cómo ese otro es visto como un igual o no como un usuario que viene a ser "curado" en una posición de pasividad, como lo ha estructurado a lo largo de la historia el paradigma del "abstencionismo":

"(…) Nosotros como profesionales aprendemos mucho más de los usuarios que los usuarios por momentos de nosotros. Porque justamente, vienen a mostrarnos lo que significa el padecimiento y el sufrimiento. Y después que reconocen que

además de ese padecimiento y sufrimiento tienen habilidades, tienen potencialidades y pueden ser capaces de torcer su propia historia, yo creo que ahí es cuando se dan los saltos cuantitativos y cualitativos en términos de salud y en relación a los consumos problemáticos". ***(Psicólogo social)***

Algunos reconocen y relacionan la perspectiva abstencionista con condiciones de admisión en otras instituciones que trabajan la problemática, y que en muchos casos se trata de instituciones de carácter religioso.

"(…) nosotros valoramos que la persona que llega acá pueda problematizar su situación de consumo ¿sí? No es una condición de inicio del tratamiento que la persona abandone el consumo. Para no recibirla tóxica y recibirla limpia "en alma y vida" como en otros lugares se planta". ***(Acompañante terapéutico)***

A su vez, también se reconoce como **un "cambio en la orientación"** al paradigma de Reducción de Daños en relación a cómo se debe trabajar o abordar las situaciones de consumos problemáticos.

"(…) se hizo todo un cambio en la orientación de la cuestión, en esto de los consumos problemáticos por supuesto… en la reducción de daños como estrategia… Y nosotros hacemos… digamos… por ejemplo yo en mi práctica, por supuesto, como un norte la abstinencia sería en muchos casos lo mejor y se trabaja en reducción de daños un montón" ***(Psiquiatra)***

Por otra parte, también **es importante señalar algunas apreciaciones sobre los desafíos que el equipo tratante tiene cuando las personas están con una postura defensiva o pasiva en relación a el desarrollo del tratamiento**. Si bien es una de los obstáculos manifestados por los profesionales, también es **importante sostener que según algunos entrevistados se intenta resignificar esa postura para crear una concepción más ligada a la "oportunidad" de hacer un tratamiento que a la "obligatoriedad",** por ejemplo, en las situaciones que llegan por proceso judicial.

"(…) Por más que aparezcan grandes montos de resistencia. El solo hecho de aparecer acá, por la razón que sea, aún sea obligatoriamente, ya implica un cambio para el sujeto. Aún ya venga judicializado nosotros acá intentamos despejar eso, para que la persona se dé cuenta que es más bien una oportunidad ganada que tiene cuando se acerca acá, a esta institución. Y no que viene porque se mandó una macana, se mandó una cagada, y tiene que ser pasible de una sanción y de un castigo. ***(Psicólogo social)***

Otro de los puntos importantes para rescatar, es que desde la institución se ve a las investigaciones o a las "tesis" de grado como **fortalezas** en el sentido de que mediante éstas se genera un proceso de **retroalimentación** que genera y/o moviliza de alguna manera a las personas que trabajan en el campo de la Salud/Salud Mental.

"(…) una de las cosas que para mí son sumamente gratificante son las tesis, o sea, lo vas viendo, lo veo como docente, que la mayoría de los que toman el tema de Salud Mental la van trabajando ahí. Por eso es tan importante la retroalimentación, que por ejemplo cuando vos termines la tesis o un compañero que se pueda dar esto, una devolución para al menos hacer pensar o movilizar algo en las personas que trabajamos cotidianamente en Salud Mental". ***(Trabajadora social)***

CAPÍTULO IV:

Consideraciones finales

En este capítulo se presentan las consideraciones finales producto de la tensión que se desarrolló entre la construcción teórica y el análisis de las entrevistas realizadas en el capítulo anterior.

Es importante remarcar que este capítulo no representa un cierre definitivo, sino una búsqueda de nuevos interrogantes, de nuevas formas de ver y comprender la complejidad de la realidad social teniendo en cuenta una experiencia local y concreta.

En esta investigación se trabajó acerca de las representaciones sociales sobre el abordaje de los consumos problemáticos de los profesionales del Centro Huella de la ciudad de Paraná, teniendo en cuenta que se cumplieron 10 (diez) años de la sanción de la ley nacional de Salud Mental y adicciones que reconoció a los consumos problemáticos como padecimiento mental.

A una década de esta sanción, los relatos analizados en cada entrevista coinciden, en líneas generales, con que la norma funciona como un eje organizador fundamental para enmarcar el abordaje de las problemáticas de salud mental desde un enfoque de derechos. Hay un fuerte reconocimiento desde la organización institucional a la importancia del trabajo intersectorial, interinstitucional e interdisciplinario como aspectos cotidianos que se constituyen en un gran desafío para los equipos profesionales.

Con respecto a la interdisciplina, es pertinente rescatar el trabajo interno del Centro Huella en la unificación de algunos criterios de intervención respetando la diversidad de las profesiones y de las situaciones. Cuando digo “unificación de criterios”, no digo en la creación de una “receta” aplicable a todas las situaciones u organizaciones institucionales, sino que me refiero a lo posibilidad de generar espacios para la construcción colectiva del objeto de intervención. En este sentido Lizola y otros (2013) señalan que la diferencia entre un equipo interdisciplinario y uno multidisciplinario, es que este último se trata de varias disciplinas sumando sus esfuerzos individuales en pos de un proyecto común, y que el otro se trata de

un equipo con integración teórica y metodológica sobre la construcción del objeto de intervención (Pp. 131) Y en este sentido pude dar cuenta del trabajo interno que se da en el Centro Huella, en particular de los encuentros y los mecanismos para debatir, intercambiar y unificar u acordar sobre ciertos componentes comunes al equipo: referencias teóricas, epistemológicas, ideológicas sobre las cuales construir acuerdos que permitan trabajar interdisciplinariamente.

En lo relacionado a la formación académica, hay dos aspectos importantes. El primero es que se reconoce el aumento cuantitativo de recursos humanos dentro del campo profesional, pero que sin embargo, es necesario reforzar la formación académica, seguir redefiniendo los ejes de las profesiones que participan de los equipos de atención de la salud para que se incorpore cada vez más la perspectiva compleja como lectura de las problemáticas sociales, que se profundice fuertemente el brindar herramientas para la intervención comunitaria y el trabajo en Atención Primaria de la Salud.

En líneas generales, en las entrevistas se reconoce la vinculación que existe entre la cultura del consumo y la cultura social, dando cuenta que no se puede pensar el consumo de sustancias por fuera de una cultura social, que no existe una cultura del consumo diferenciada de esta cultura social. El consumo se constituye como la vía preponderante para el desarrollo humano, como factor de inclusión social. Nadie puede escapar a este imperativo: todo debe ser consumido, una gran cantidad de objetos se constituyen en el vehículo para la construcción de una identidad, una pertenencia, un estatus social.

Sin embargo, la perspectiva de los consumos problemáticos es algo en construcción que necesita seguir siendo profundizado en instancias de capacitación y/o formación. Y que si bien se han logrado avances en estos años sigue siendo producida y reproducida la perspectiva abstencionista/biologicista de la problemática y la implicancia del modelo médico hegemónico.

En esta misma línea, se coincide en los relatos que los prejuicios, los mitos y las representaciones sociales estigmatizantes acerca de la problemática y de los usuarios basada en el paradigma abstencionista/prohibicionista siguen siendo reproducidas cotidianamente tanto por los propios actores en el campo de la

salud/salud mental, es decir, los propios efectores, familiares, usuarios, como así también por los medios de comunicación, siendo éste uno de los puntos más importantes a profundizar.

Lo importante sobre los mitos, los prejuicios y las diferentes representaciones sociales estigmatizantes no es la verdad o falsedad de éstos, sino sus implicancias, porque siguen generando un impacto directo en el acceso de los usuarios a los servicios de salud, en los vínculos de los usuarios con la comunidad, porque criminalizan y discriminan, entre otros aspectos sociales y culturales.

Otro punto es la existencia de normativas que criminalizan a los usuarios (ley 23.737) y que aún hoy persisten y se contradicen con el espíritu de la ley de Salud Mental. Pero no solo se requiere la modificación de la Ley de Estupefacientes, en este caso, sino también de un esfuerzo por parte de las instituciones y organizaciones de la comunidad para garantizar la implementación y el cumplimiento de la ley de Salud Mental 26.657.

Como aspecto a seguir transformando, más allá de que la sanción de la ley 26.657 significó correr el foco del ámbito jurídico y penal hacia el de la salud, es preciso también la mirada y los abordajes con otros sectores como por ejemplo, cultura, trabajo, educación, desarrollo social, entre otros, en pos de fortalecer la perspectiva integral y compleja que muchas veces se menciona en los discursos pero no se concreta en las acciones de las diferentes áreas, siendo éste otro de los desafíos más significativos.[24]

Por otra parte, también es pertinente remarcar como una dificultad que el Estado tiene el profundizar y aumentar los presupuestos para la constitución de equipos de salud/salud mental generando más puestos de trabajo, dado que es una característica primordial para el abordaje territorial y situacional de los padecimientos mentales. De lo contrario se dificulta el abordaje dado que los

[24] Durante el 2020 tuve la posibilidad de participar de la "Red provincial de abordaje integral de problemáticas de consumo", un espacio de encuentro intersectorial entre actores del campo de la Salud y la Educación de Entre Ríos. Cabe señalar que estos encuentros intersectoriales se desarrollan una vez al mes, teniendo como eje central la planificación de políticas de abordaje de las problemáticas de consumo desde una perspectiva de derechos. En ese sentido, y al tratarse de un espacio abierto y participativo, quienes quieran sumarse lo pueden hacer comunicándose al correo: direccionproblematicasconsumo@gmail.com.

equipos se encuentran saturados en relación a la demanda de intervención. Se pudo dar cuenta de esto dentro del mismo Centro Huella como así también de las instituciones en donde los profesionales entrevistados conocen o también desarrollan tareas.

En esta misma línea, a pesar de estas dificultades, en las entrevistas y conversaciones posteriores con los y las profesionales, se manifestó una percepción positiva sobre la presencia del Estado Provincial en lo relacionado a la Salud Mental, no así del Estado Nacional, quien fue criticado fuertemente por el "recorte" de recursos y el paso de Ministerio de Salud a Secretaría.

En lo relacionado específicamente al Centro Huella como organización institucional, es importante mencionar algunos aspectos.

Destacar la organización interna en relación al proceso y desarrollo de mi investigación. La seriedad, el compromiso y la predisposición del Consejo de Investigación para abrir las puertas sin ningún tipo de impedimento. Y es pertinente destacarlo, ya que previo a desarrollar esta investigación en el Centro Huella, diferentes instituciones[25] de Paraná, que abordan esta temática, por una u otra razón me obstaculizaron e impidieron el desarrollo de entrevistas a profesionales o de cualquier otro tipo de indagación.

Un detalle que es importante mencionar es su infraestructura, ya que el Centro Huella es un espacio abierto, en una zona urbana, sin muros altos, sin alambres, con paredes pintadas de colores, en donde siempre hay música en la recepción y buena predisposición. Esta es una característica importante para destacar en lo relacionado al abordaje de los consumos problemáticos, la disposición del espacio físico también "habla", también es una dimensión de análisis que plasma el paradigma desde dónde se ve y se interviene.

Por otro lado, esta investigación también me permitió dar cuenta que es necesario producir conocimiento y rescatar las experiencias y prácticas de los y las trabajadoras sociales en el abordaje de los consumos problemáticos. Que somos una profesión que cuenta con herramientas de carácter teórico, político y social, pero sobre todo comunitario y territorial, que son pertinentes y necesarias para

[25] Las instituciones eran de carácter religioso o no gubernamental.

lograr un abordaje integral y enmarcado en la normativa vigente. Pero que sin embargo es muy poco el material existente en este sentido.

Los derechos conquistados en estos últimos diez años desde la sanción de la ley de Salud Mental y Adicciones 26.657, los posicionamientos y acciones por parte del Estado en conjunto con la sostenida lucha de los colectivos, organizaciones y movimientos de usuarios, familiares y profesionales de la salud mental han marcado ciertos avances y un importante sector de la sociedad ha internalizado la existencia e institucionalización de estos derechos y escenarios, produciendo un proceso de cambio cultural significativo. Asimismo, como se identifica en las entrevistas, se reconoce que aún es insuficiente y que se está en constante tensión con algunos sectores y discursos de la sociedad que buscan sostener un sistema prohibicionista.

CAPÍTULO V:

Herramientas bibliográficas

V. 1 – Bibliografía para la construcción de la dimensión teórica

- Bauman Zigmund. (2007). *Vida de consumo.* Fondo de Cultura Económica. México.
- Bauman, Zigmund (2000). *Modernidad Líquida.* Fondo de Cultura Económica. México
- Castel, R. y Coppel, A. (1994). *Los controles de la toxicomanía.* En A. Ehrenberg (comp.) Individuos bajo influencia. Drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Carballeda, Alfredo (2014) "*Video 21: Entrevista a Alfredo Carballeda".* Youtube. Recuperado de: https://www.youtube.com/watch?v=dTvRQBTeqYY
- Carballeda, Alfredo (2015): *"La escucha como proceso. Una perspectiva desde la intervención social"* En: Determinantes sociales en la Salud Mental en Ciencias Sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la ley 26.657. UBA Sociales. CABA
- Carrillo, Ramón (1950): "*Clasificación sanitaria de los enfermos mentales. Relaciones entre el código civil y sanitario".* Imprenta del Ministerio de Salud Pública de la Nación Buenos Aires.
- Carrillo, R. (12 de febrero de 1951). *"Introducción al conocimiento de la Salud Pública".* Conferencia pronunciada en el Colegio Nacional de Buenos Aires. En Ramón Carrillo, (1974). Contribuciones al conocimiento sanitario. Obras Completas, Tomo II. Buenos Aires: Eudeba.
- Centro de estudios legales y sociales: CELS. (2007). "*Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos en la argentina".*
- Cymerman, Pablo (julio de 2001) *"Redes y políticas de Reducción de Daños".* Revista Ensayos y Experiencias. Año 7 Nº 39. Buenos Aires.
- Damin, Carlos (2018) Políticas Sanitarias. En Producción de Subjetividad: perspectivas de la Salud Mental. Revista Soberanía Sanitaria. Año 2. Número 4. Junio 2018.

- De La Vega, Evangelina (2002) "*Representaciones sociales de los trabajadores sociales, que trabajan en los centros de rehabilitación "Huella, Luz de Vida y Renacer", acerca de los sujetos adictos a las drogas".* Universidad Nacional de Entre Ríos – Facultad de Trabajo Social.
- *Documento sobre Usuarios de Drogas y las Políticas para su Abordaje, del año 2009, elaborado por el Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, sustancias psicotrópicas y Criminalidad Compleja*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Recuperado de http://comunidadesegura.org.br/files/declaracion_comite_cientifico_argentina.pdf
- *Declaración de Magistrados de Argentina por una Política de Drogas respetuosa de los Derechos Humanos*. (29 de agosto de 2016). Revista Pensamiento Penal. Buenos Aires. Recuperado de http://www.pensamientopenal.org.ar/bazterrica/
- Durkheim, Emile (1895) "*Las reglas del método sociológico".* Presses Universitaires de France. Paris.
- Goffman, Erving (1986). "*Estigma. La identidad deteriorada"*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gorbarcz, Leonardo (2011) "*Ley 26.657: el desmontaje del sistema represivo es Salud Mental.* Revista Salud Mental y Comunidad, Año 1 Nº1. Universidad Nacional de Lanús.
- Kornblit, Ana Lía y Otros (2011) *"Prevención del consumo problemático de drogas".* Ministerio de Educación de la República Argentina. Buenos Aires. Recuperado de https://infanciayjuventudsc.files.wordpress.com/2011/05/1-construccic3b3n-social-de-la-problemc3a1tica-de-las-drogas2.pdf
- Kornblit, Ana Lía y Otros (2015) "Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos: construyendo un modelo". Revista Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires. Página 211.
- Lizola. María Eugenia y otros (2013). En: (Sub) Culturas profesionales: poder y prácticas en salud / Claudia S. Krmpotic (ed. lit.), Myriam R. Mitjavila (ed. lit.), Mercedes Saizar (ed. lit.), págs. 123-138
- Loureau, R. (1988): El análisis institucional. Bs As. Amourroutu Ed.

- Moscovici, Serge (1961) *El psicoanálisis, su imagen y su público.* Buenos Aires: Huemul 1979.
- Morin, Edgar (1990) *Introducción al pensamiento complejo.* Francia. Editorial Gedisa.
- Pawlowicz, MP, Touzé, G.; Rossi, D.; Galante, A.; Goltzman, P.; Recchi, J. y Cymerman, P. (2008): "Dispositivos de intervención con usuarios de drogas. Los operadores socioterapéuticos y las disputas en el campo de los especialistas." CD de las VII Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani, CD-ROM. Facultad de Ciencias Sociales - UBA, Bs. As.
- Raler, Oliver (2000). "*Condicionantes políticos y económicas. Análisis de la influencia de estos factores en la construcción social del problema de la droga".* En Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogadependencias. Madrid. Ajuntament de Barcelona y FAD.
- Romani, Oriol (2016) *"Prohibicionismo y drogas: ¿un modelo de gestión social agotado?".* Universitat Rovira i Virgili-IEA, IGIA. Catalunia. Recuperado de: file:///E:/Usuario/Desktop/Trabajo%20Social%20todo/TRABAJO%20SOCIAL%202016/Seminario%20de%20Tesis/BIBLIOGRAFIA%20CONSUMO/Articulos%20Web/ROMANI%20SOBRE%20PROHIBICIONISMO.pdf
- Ruchansky, Emilio (2015) Entrevista a Emilio Ruchansky. Autor del libro "Un mundo con Drogas". Revista Pensamiento Penal.
- RODRIGUEZ Gómez, Gregorio, FLORES GIL Javier, y GIMENEZ GARCIA Eduardo (1999) *"Metodología de la Investigación Cualitativa".* Ediciones Aljibe
- Sánchez Dromundo, Rosalba Angélica. (2007). La teoría de los campos de Bourdieu, como esquema teórico de análisis del proceso de graduación en posgrado. Revista electrónica de investigación educativa, 9(1), 1-21. Recuperado en 17 de diciembre de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412007000100008&lng=es&tlng=es.
- Slapak, Sara, & Grigoravicius, Marcelo. (2007). "Consumo de drogas": la construcción de un problema social. *Anuario de investigaciones*, *14*, 00.

Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100023&lng=es&tlng=es.

- Stolkiner, Alicia (1999) *La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas.* Revista CampoPsi. Recuperado de http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm
- Stolkiner, Alicia (2018) "Un largo camino hacia la ley Nacional de Salud Mental". Producción de Subjetividad: perspectivas de la Salud Mental. Revista Soberanía Sanitaria. Año 2. Número 4. Junio 2018. Página 34.
- Stolkiner, Alicia (2013) Entrevista a Alicia Stolkiner – Consumo Problemático. Youtube. Recuperado de: https://www.youtube.com/watch?v=nfTWk4iJAoA
- Stolkiner, Alicia (2020) Clase virtual de la Universidad de Buenos Aires por zoom junto a Leonardo Gorbacz. Disponible en: https://www.facebook.com/spsm2/videos/933480997126197/UzpfSTEzMjY2NzE0MTc6MTAyMTc2ODYyMzk0NTA4ODE/
- Stolkiner, Alicia (2017) "Salud mental: avances y contradicciones de su integración a la salud comunitaria". Diplomatura en Salud Mental y Derechos Humanos. UBA
- Touzé, Graciela (noviembre de 1993) *Drogas: entre altares, control y economía de mercado.* Ponencia presentada en Sesiones Formativas y de Capacitación en Prevención al Abuso de Drogas. Valparaíso. Chile. Recuperado de https://www.margen.org/suscri/margen06/drogas.html
- Touzé, G. (2010). *Prevención del consumo problemático de drogas*. Un enfoque educativo. Buenos Aires: Ministerio de Educación - Troquel.
- Vainer Alejandro (2007*). "Prácticas comunitarias en Salud Mental. Entre la reforma psiquiátrica y la desmanicomialización"*. Topia- Un sitio de Psicoanálisis, Sociedad y Cultura. Disponible en: http://www.topia.com.ar/…/pr%C3%A1cticas-comunitarias-salud… (acceso: 10/6/2015)
- Vázquez, Andrea (2018) Las políticas del sufrimiento. Producción de Subjetividad: perspectivas de la Salud Mental. Revista Soberanía Sanitaria. Año 2. Número 4. Junio 2018.

V. 2 – Bibliografía para la construcción de la dimensión metodológica

- Badano, M. R. y Díaz, R "Análisis de la entrevista: frases significativas" Ficha de cátedra de la Maestría en Salud Mental de la Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de Entre Ríos. Disponible en: http://www.fts.uner.edu.ar/catedras03/tfoi/mat_catedra/analisis_entrevistas_frases_significativas.pdf
- Denzin, Norman K. y Lincoln, Yvonna S. (2015) *"Métodos de recolección y análisis de datos"* en Manual de Investigación Cualitativa. Vol 4. Editorial Gedisa. Barcelona. España.
- Deslauriers, J.P (1991) Recherche Qualitative. Montreal, McGraw-Hill éditeurs.
- Neiman, G; Quaranta, G. (2006) "Los estudios de caso en la investigación sociológica", en Vasilachis de Gialdino (comp.) Estrategias de investigación cualitativa. Buenos Aires: Gedisa.
- Guber, Rosana (1991) "El Salvaje Metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo". 2004 Buenos Aires: Paidós.
- Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1985) "Introducción a los métodos cualitativos de investigación". 1987 Barcelona: Paidós.
- Salgado Lévano, Ana Cecilia. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, *13*(13), 71-78. Recuperado en 30 de marzo de 2019, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100009&lng=es&tlng=es.
- Sabino, Carlos (1993). "*El proceso de Investigación*". Buenos Aires. Editorial: Humanitas.
- Saiz Caravajal, Rosario. Técnicas de análisis de información. Recuperado de internet: https://administracionpublicauba.files.wordpress.com/2016/03/tecnicas-de-anc3a1lisis-de-informacic3b3n.pdf