

**UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES**  
**HUMANAS**



**TESIS DE GRADO**

**PROBLEMAS QUE AFRONTAN LOS/AS PROFESIONALES DE  
SALUD PÚBLICA AL DESARROLLAR DISPOSITIVOS DE  
INTERVENCION PARA ADULTOS ADICTOS A SUSTANCIAS  
TÓXICAS DENTRO DE LA PROVINCIA DE SANTA FE**

PRESENTADA POR

**PATRICIO ROIBÓN**

TUTOR

**RAÚL GOMEZ ALONSO**

TÍTULO A OBTENER CON LA PRESENTACIÓN

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

AGOSTO 2019

## **Resumen**

El trabajo de salud en el sector público de la provincia implica ciertas cualidades específicas. Estas fueron observadas a partir de la exploración de los diferentes modelos de abordaje, se buscó identificar problemáticas que podrían ser vistas y clasificadas como límites, y que se presentan en el desarrollo de dispositivos con los que se abordan patologías de adicciones en centros e instituciones de salud, monovalentes y polivalentes. Por otra parte, también se realiza una observación de los alcances que se logran en el sistema de salud pública, analizando algunas de sus influencias. Seleccionamos una población de profesionales que trabajan en salud pública dentro de la provincia de Santa Fe, y en dos ciudades de esta, la muestra consistió en seis actores, los cuales propiciaron sus miradas que ayudan a comprender, entre otras cosas, diversos mecanismos vigentes y fallas que se presentan en los abordajes. Las técnicas seleccionadas para recolectar datos consistieron en entrevistas semi-estructuradas, se puede observar en ellas la definición de un encuadre y de ejes temáticos, de los cuales los dos primeros cumplen la función de caldeamiento, más allá de que no se los clasifica de esa manera en el presente trabajo y de que aportan datos que contribuyen a la problemática que nos concierne, en estos ejes, debe verse una forma de acercamiento con quienes entablamos conversación. La investigación arroja datos que muestran modalidades en las que rige un único saber. Los psicólogos y gran parte de los trabajadores de salud que se avocan a problemáticas de consumo coinciden en correrse de posiciones morales para poder visibilizar el conflicto, así como de prejuicios y estigmas sociales que existen con respecto al consumo de algunas sustancias. Las barreras de lo legal y lo ilegal son mostradas como arbitrarias y cambiantes, y las adicciones vistas como una problemática contemporánea.

Palabras claves: Adicción - consumo - dispositivos - modelos - salud

## **Abstrac**

The work of health in the public sector of the province implies certain specific qualities. These are observations observed from the exploration of the different models of boarding, they are found, they are found, problems are identified, they are used, they are classified, they are classified, they are classified, they are classified, they are classified, they are classified, they are classified, they are classified, classified, classified, explained, analyzed, explained, Health, monovalent and polyvalent. On the other hand, there is also an observation of the results that are achieved in the public health system, analyzing some of its influences. We selected a population of professionals working in public health in the province of Santa Fe, and in two cities of this, the sample consisted of six actors, which encouraged their views to help understand, among other things, various current mechanisms and Faults that occur in the approaches. The techniques for data collection consisted of semi-structured interviews, you can see in them, the definition of a place and the thematic axes, the first two, the first, the function of warming, beyond the classification of that One way of approaching with the conversation. The investigation shows the data shown in which a single saber is ruled. The psychologists and a large part of the health workers who advocate and the problems of consumption coincide in the moral positions to be able to visualize the conflict, as well as the prejudices and social stigmas that exist with respect to the consumption of some substances. The barriers of the legal and the illegal are the arbitrary and changing, and the addictions seen as a contemporary problem.

**Keywords:** Addiction - consumption - devices - models – health

## **Agradecimientos**

- ❖ Tutores y profesores que me ayudaron al armado de la investigación.
- ❖ Familiares y amigos, quienes me acompañaron en este proceso de formación profesional brindando su apoyo incondicional.
- ❖ Profesionales de Salud Pública quienes se tomaron el tiempo cuando necesitaba realizar entrevistas y consultas.

## Índice

Capítulo I .....	1
1. Introducción .....	1
Capítulo II .....	4
2. Estado del arte .....	4
Capítulo III .....	13
3. Objetivos del Trabajo .....	13
3.1 General.....	13
3.2 Específicos .....	13
Capítulo IV .....	14
4. Marco Teórico .....	14
4.1 Consumo, consumo problemático y consumo problemático de sustancias .....	14
4.2 Las adicciones como problemática de salud.....	19
4.3 El deseo contra en superyó.....	20
4.4 Soluciones contra el malestar .....	26
4.5 Más allá del adicto como víctima.....	28
4.6 La responsabilidad del adicto.....	29
4.7 Conciencia moral.....	32
4.8 Crimen y castigo de la conciencia moral.....	34
4.9 Complejidad .....	35
4.10 Modelos de abordaje .....	38
4.11 Salud Pública .....	41
Capítulo V .....	43
5. Metodología.....	43
5.1 Área de estudio .....	43
5.2 Tipo de estudio.....	43
5.3 Unidades de análisis.....	43
5.4 Técnica de recolección de datos .....	44
5.5 Consideraciones éticas.....	47
Capítulo VI.....	48
6. Análisis de datos e interpretación de resultados.....	48
6.1 Conclusiones .....	59
7. Bibliografía .....	63
Capítulo VII.....	65
Anexos.....	65

8. Entrevistas.....	65
8.1 Primer entrevista .....	65
8.2 Segunda entrevista .....	78
8.3 Tercera entrevista .....	88
8.4 Cuarta entrevista.....	96
8.5 Quinta entrevista .....	107
8.6 Sexta entrevista.....	118

# Capítulo I

## 1. Introducción

En la formación académica de psicología no se niega la implicancia en situaciones difíciles, dentro de estas se puede notar, asumiendo el esfuerzo que suponen y actuando de acuerdo con sus exigencias, las problemáticas que conllevan los distintos modelos teóricos y dispositivos para intervenir en patologías de adicciones. La pregunta formulada para el comienzo de esta investigación es el resultado de una construcción, se construye la pregunta como punto de partida, con su inherente y trascendente problematización intenta dar cuenta del estado actual por el cual una buena parte de la sociedad atraviesa. Para esta labor es preciso generar un corrimiento, una revelación de las lógicas de poder que hacen a determinados paradigmas estatizarse en el tiempo, clasificando lo dicho dentro del grupo de las primeras labores a realizar junto a otras que se explicitan a medida que el lector recorre las líneas del trabajo. La pregunta es: ¿Cuáles son las dificultades con las que se encuentran los profesionales que trabajan en Salud Pública, dentro de la provincia de Santa Fe, al desarrollar dispositivos de intervención para adultos adictos a sustancias tóxicas? Pregunta que lleva a explorar distintas modalidades de abordaje a problemas de las, también llamadas, toxicomanías, este término es utilizado como sinónimo de adicciones a sustancias tóxicas. Un movimiento de los equipos de salud parecería consistir en descentrar las adicciones del objeto droga y poner el acento en la *relación* que ese sujeto tiene con la sustancia y, se puede decir, con el acto de drogarse, y en concordancia con esto, tener en cuenta como llega a un espacio de tratamiento, se dice esto porque en el recorrido se presentó una característica, esta es, que la consulta no siempre suele venir de quien consume adictivamente, sino de sus familiares o amigos, el consumo compulsivo de drogas y/o alcohol, en determinado momento, no le genera al sujeto adicto ni conflicto, ni angustia. El malestar suele producirse en quienes rodean al sujeto en cuestión. (Barzani, 2010)

Durante la investigación se realizaron diferentes recorridos, desde lo bibliográfico, teórico, revisión de investigaciones anteriores concernientes a la temática, hasta salidas al campo para recolectar datos, a medida que se lee, quienes lo hagan, podrán notar gran cantidad de puntos y aristas que implican las llamadas toxicomanías.

En la en análisis y la interpretación de los datos una realización fue la clasificación de determinadas problemáticas que muchas veces hacen los límites de los abordajes, también se muestran líneas teóricas y leyes que siguen los profesionales de Salud Pública, más específicamente dentro del campo de salud mental. A los alcances se los analiza en relación a las limitaciones, pero también hay exposiciones de logros que el sistema de Salud Pública va realizando a medida que avanza. En cuanto al posicionamiento teórico se reconoce consumos, consumos problemáticos y consumo problemático de sustancias tóxicas, las adicciones son solo una pequeña parte del problema, pero que articula una multiplicidad de aristas dignas de ser abordadas como demás problemas de la subjetividad. No todo consumo problemático de sustancias representa una adicción, aunque si toda adicción nos muestra un consumo problemático de sustancias. La perversión y la depresión son relacionadas con la problemática de adicciones desde las teorizaciones con respecto al superyó, para lo cual, el trabajo se basa en gran medida en diferentes autores psicoanalíticos, así como también se propone una mirada distinta a los viejos posicionamientos paradigmáticos que luchan contra el narcotráfico y realizan campañas contra las drogas (Stolkiner, 2013).

En cuando a la actualidad de la patología, Nasparstek (2018) comenta que hay un empuje al consumo generalizado, se consume con la idea de que por esa vía se puede obtener la felicidad y esto marca mucho la época actual, a diferencia de una época anterior, más allá de que siempre existe cierto malestar de la cultura. En estos tiempos hay una idea paradigmática de que la única salida sería por la vía del consumo, esto hace a las adicciones una patología muy propia de la época. Siempre hubo consumo de drogas, el alcoholismo existe desde la biblia, pero lo que se llama toxicomanía o adicciones hoy en día no tiene más de 150 años. Ha habido cambios que influyen significativamente a la constitución subjetiva, como lo es la expansión del capitalismo neoliberal, la sociedad de consumo principalmente, pero también la masificación de los gadgets tecnológicos presentes en la vida diaria. Dichos cambios requieren una revisión *crítica* para el abordaje a la problemática de las adicciones, ya que empujan e invitan a los sujetos a gozar sin límites. No está de más aclarar acá que consumo no necesariamente implica una adicción y las adicciones no son solo a tóxicos. Para delimitar el sitio geográfico se seleccionó ciudades. En las ciudades es donde el capitalismo se desarrolla con más ímpetu, donde ha construido fundamentalmente su dominación y supremacía. Pero con las mismas dificultades se cree que puede encontrarse uno si se realiza el abordaje al problema en un pueblo, esta modalidad de



consumo rompe fronteras y no deja exento a los sujetos que estén por fuera de ciudades dentro del territorio Argentino. Sería un tema polémico decir que hay personas que viven en tal o cual parte del país en la que el capitalismo no ha echado raíces, un lugar donde los gadgets no son registrados, donde el dinero se encuentra bloqueado sin cumplir función alguna y el empuje al consumo es nulo. No solamente en el presente trabajo se atreven a decir que en la actualidad se encuentran los sujetos en una revolución comunicacional, donde los medios de comunicación masiva influyen significativamente. A través de ellos no solo se fundan creencias (como por ejemplo personas que se basan en la información que obtienen a través de la TV sin juicio o análisis alguno), sino que, desde una mirada más psicológica, sumergen en un mar de identificaciones vacías. Por otro lado, tomando las ideas de Camarotti<sup>1</sup> y Kornblit<sup>2</sup>, (2014), se utiliza el término *dispositivo*, empleado de tal manera que haga comprender el ensamble de piezas o elementos que son articulados en relación a una función determinada, el concepto de *modelo* es empleado como un instrumento metodológico, cuya utilidad es la interpretación de las prácticas. Los modelos suponen un alto nivel de abstracción, y solo deben considerarse como referencias teóricas de situaciones concretas, históricamente determinadas. Al hablar de modelo se parte de un nivel explicativo amplio que luego debe articularse entre la descripción y el análisis de situaciones específicas.

---

<sup>1</sup>Licenciada en Sociología. Doctora en Ciencias Sociales. Investigadora adjunta, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina.

<sup>2</sup> Licenciada en Sociología. Licenciada en Psicología. Médica. Doctora en Antropología. Investigadora principal, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina.

## Capítulo II

### 2. Estado del arte

En esta parte del trabajo interesa recorrer aportes realizados durante el siglo XXI, las intenciones adquieren una orientación exploratoria, lo que obliga a revisar, sin juicio previo, todo tipo de datos que nos brindan investigaciones realizadas por diversos autores. En base a lo dicho, se recolectó datos de estudios anteriores que, desde una perspectiva amplia y general, expresan un absoluto fracaso de las campañas más habituales llevadas a cabo en el mundo entero hasta en tiempos muy recientes, las cuales hacen referencia a modalidades de tipo "drogas no" o "un mundo sin drogas para el 2008", en términos de sus objetivos explícitos, según vemos en el trabajo realizado por Romaní (2008) se debería hacer reflexionar a más de uno sobre la dilapidación de recursos públicos que supone el plantearse objetivos irrealizables y programas preventivos mal formulados. Se refiere al hecho de que, en relación a los problemas surgidos en torno a ciertos usos de algunas drogas, una gran mayoría de países del mundo, presionados básicamente por los Estados Unidos desde inicios del siglo XX, acabaron firmando el Convenio Único de Estupefacientes de 1961 en Viena, y una serie de convenios internacionales subsiguientes, que configuran la política que se denomina como "prohibicionista". El discurso que emana de esta política considera "droga" solo a algunos de los productos psicoactivos existentes, a los que fiscalizan las agencias internacionales, convirtiendo su comercio y su uso en un delito y a sus usuarios en delincuentes o, en todo caso, en "enfermos bajo prescripción penal", cuya única posible salida es la abstención total del consumo de la droga de la que se trate. El objetivo básico de dicha política sería la pretensión de eliminar la droga de la faz de la tierra, cosa a la que se le llegó a poner fecha (2008) en la Conferencia Especial de Naciones Unidas sobre el tema en 1998, y de proteger la salud pública. En la misma Conferencia se rechazó una propuesta de México de evaluar dichas políticas, resultaba demasiado evidente el contraste entre la persistencia en los mismos objetivos prohibicionistas año tras año, con sus presupuestos cada vez más millonarios dedicados fundamentalmente a la represión (policial y/o militar), y los datos ofrecidos por los propios organismos oficiales, de aumento del consumo global de drogas (a pesar de las oscilaciones de una u otra) y de problemas socio-sanitarios asociados. La conciencia que empuja a configuraciones fue surgiendo, sobre todo a nivel local, de municipios y/o pequeñas regiones, cuando sus profesionales en drogas y gestores políticos se vieron en la

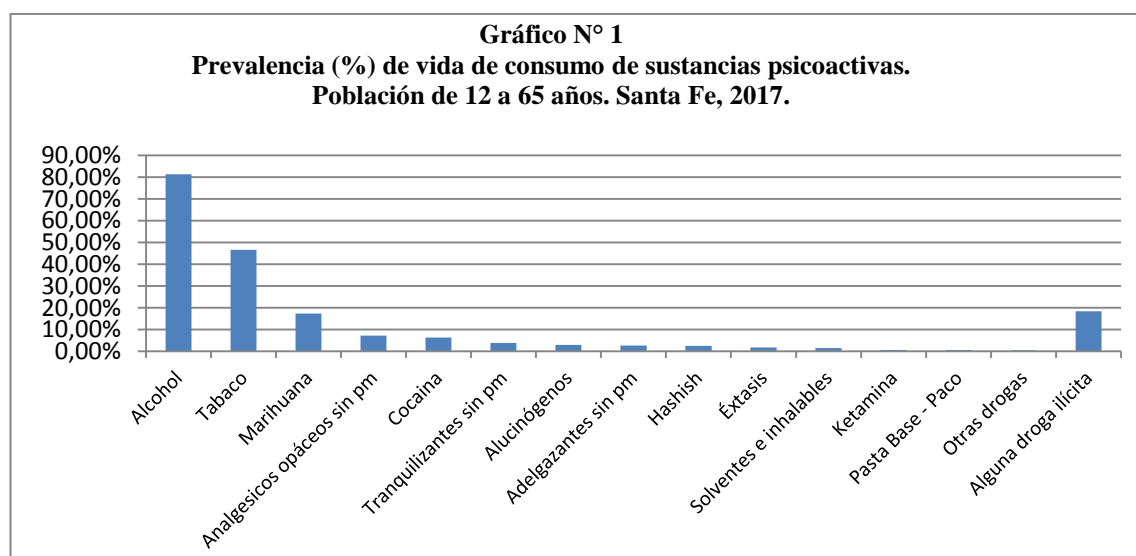
necesidad de obviar los aspectos más restrictivos de las leyes sobre drogas para poder solucionar, precisamente, algunos problemas reales socio-sanitarios y/o de seguridad pública relacionados con las mismas, lo cual no es un dato menor, muchos de ellos creados por las políticas prohibicionistas, se refiere a mediados de los años '80 del pasado siglo cuando la alarma creada en torno a la expansión del VIH-Sida permitió/obligó a plantear estas alternativas que se formularon finalmente como políticas de reducción de daños y riesgos. En Europa, esto se produjo inicialmente en Ámsterdam y Rotterdam hacia la primera mitad de los años '80, a través de los *Junkie Bond*, asociación de usuarios de opiáceos y con la política sanitaria de la región del Merseyside (Liverpool, Inglaterra). En ambos casos, la iniciativa y la participación de los usuarios de drogas, así como su aceptación como interlocutores válidos por las instituciones, son datos importantes. Los programas encuadrados en estas políticas se definen como: el conjunto de estrategias, tanto individuales y colectivas, que se desarrollan en el ámbito social, sanitario y terapéutico encaminadas a minimizar los efectos negativos relacionados con el consumo de drogas. De algún modo, en Europa se "aceptó oficialmente" la necesidad de esta política (por lo menos a nivel discursivo, siempre distinto del de las prácticas) en la declaración del Consejo de Ministros de Salud de la Comunidad Europea del 16 de mayo de 1989: Las políticas de acción para resolver los problemas que resultan del consumo de drogas deberían revisar su objetivo final -abandono del consumo- y considerar objetivos intermedios, la disminución de la mortalidad, disminución del riesgo de infección por VIH u otros agentes infecciosos, reducción de la marginalidad, etc., como aspectos esenciales que hay que atender. Los programas en los que se va concretando esta perspectiva pueden ser muchos y variados por ejemplo intercambio de jeringuillas, dispensación clínica de metadona u otras drogas en algunos casos, la misma heroína en programas de sustitución y/o mantenimiento, instalación de centros de encuentro y acogida de "baja exigencia" (donde los usuarios activos pueden acudir a diversos servicios, entre ellos los de comer, lavarse, charlar un rato, etc.), salas de venopunción higiénica (mal conocidas como narcosalas), creación de asociaciones de usuarios, comités de apoyo de familiares, profesionales, programas de testado de sustancias en las fiestas, programas de información-educación-comunicación sobre las características de ciertas drogas y sus condiciones de uso, etc., pero en todos ellos hay una característica común: el reconocimiento del usuario de drogas como un ciudadano semejante sin cuestionar su derecho a seguir consumiendo que se sitúa como un *partner* central en estos programas.

Más allá de que, guste o no, es evidente que esto choca con el paradigma prohibicionista, parece interesante subrayar que las metodologías participativas que están en su base y las actividades de control e influencia de diseño ambiental y de desarrollo de las competencias señalan los efectos preventivos de muchos aspectos de estos programas. En realidad, esta prevención participativa y dialógica desarrollada bajo la perspectiva de la reducción de daños y riesgos, se ha intentado practicar, con sus más y sus menos, en distintos programas e intervenciones a lo largo de Europa, América y Australia, fundamentalmente. El ámbito latinoamericano, más en concreto, ha sido un contexto difícil para el desarrollo de programas preventivos en la línea de la reducción del daño, entre otras cosas por la influencia directa de las políticas hegemónicas estrictamente ortodoxas de EE.UU., así que vale la pena destacar algunos proyectos, por lo menos en tres países significativos: en México, la línea de trabajo desarrollada por el Centro Cáritas de Formación para la Atención de las Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas (CAFAC) para potenciar políticas de drogas alternativas a las más hegemónicas y, dentro de ella, algún proyecto concreto que demuestra la consistencia de estas "otras políticas" no solo para la salud, sino para la seguridad en general. En Brasil, donde hay ya una buena producción sobre el tema, se presenta una situación un tanto paradójica: apoyo oficial a este tipo de políticas, sobre todo desde la celebración de la 9ª Conferencia de la International Harm Reduction Association (IHRA) en 1998, reconocimiento institucional de la figura del "reductor de daños", existencia de asociaciones relacionadas con el tema, Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos (ABORDA), Rede Nacional de Redução de Danos (REDUC), pero problemas para la financiación de programas de reducción de daños, a pesar de experiencias tan interesantes como las de Salvador de Bahía u otras de distintos lugares del país. En Argentina donde, además de un notable espacio de producción teórica en torno a la reducción del daño se puede señalar la existencia de dos organizaciones: Intercambios y la Asociación de Reducción de Daños de la Argentina (ARDA), que han sabido impulsar este tipo de políticas, bien a través de la movilización de la sociedad civil y de las instituciones políticas, o bien con la formación de profesionales y otras iniciativas semejantes. Estas son las circunstancias, ciertamente, en las que ya se ha empezado a hacer prevención, tal como se mostró en la exposición, pero generalmente a costa de grandes esfuerzos y energías y con resultados a veces limitados, contradictorios, cuando no cortocircuitados desde ciertas instancias políticas e institucionales, cuando lo que se requiere, en realidad, además de conocimiento y recursos, es un marco de desestigmatización de "la droga" (con su despenalización,

como un paso clave de la misma) y, en definitiva, la "normalización de las drogas", en el sentido de considerarlas como un elemento más de nuestra vida social y, por lo tanto, manejable por parte de los diversos implicados, a diferencia de lo que ha prevalecido hasta ahora en que una visión tremendista del asunto ha bloqueado las capacidades personales y colectivas de muchos de ellos y ha favorecido, al mismo tiempo, la trivialización de algunas de sus consecuencias, tanto en el caso de algunas drogas legales como ilegales. Las drogas, guste o no, van a continuar estando aquí, es mejor conocerlas y controlarlas a partir de los intereses generales de la sociedad, es decir, de forma democrática y participativa, que continuar con el actual "descontrol salvaje" propiciado por la prohibición, que sólo beneficia a unas minorías y resulta, además de inútil para los fines propuestos, contraproducente para la salud pública de las poblaciones y la salud democrática de las sociedades. (Romaní, 2008)

Para obtener una aproximación estadística con respecto al consumo de sustancias en la provincia de Santa Fe se recurrió a una investigación realizada en el año 2017 por la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar) de Presidencia de la Nación, quienes realizaron, a través de su Dirección Nacional Del Observatorio Argentino de Drogas (DNOAD), el sexto Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en una población de 12 a 65 años. Fueron 18.960.59 las personas a las cuales se les aplicaron las técnicas, representando la provincia de Santa Fe un 8,2% de la población total (1.560.495 personas). El objetivo principal de la investigación fue obtener información actualizada sobre la magnitud del consumo y abuso de sustancias psicoactivas en el país, los diferentes patrones de uso, el perfil socio-demográfico de los usuarios, como así también indagar sobre la percepción de la sociedad en torno al riesgo vinculado a diferentes sustancias y su exposición al ofrecimiento de drogas. El Estudio presenta un diseño descriptivo de tipo transversal. La recolección de datos en campo estuvo a cargo de la Universidad Nacional de Rosario, bajo las indicaciones metodológicas y la supervisión del Observatorio Argentino de Drogas. El relevamiento se realizó en dos etapas: la primera, desde los primeros días de noviembre hasta la primera quincena de diciembre de 2016; la segunda, desde el 1º de febrero hasta el 25 de abril. El instrumento fue definido por el OAD-SEDRONAR, tomando como base el Cuestionario Estandarizado del Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas, conformado por 193 preguntas.

A continuación se presentan los datos (de la provincia de Santa Fe) sobre consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales de la dicha población. La prevalencia de vida indica el porcentaje de personas que declaran haber consumido cada una de las sustancias, al menos una vez en su vida. En el siguiente gráfico se incluyen las principales sustancias consumidas en la provincia alguna vez en la vida.



Según los datos que arroja esta investigación entre la población de 12 a 65 años del país que vive en localidades de 80 mil habitantes y más, las sustancias legales (alcohol y tabaco) son las que presentan mayor tasa de consumo de alguna vez en la vida. El 46,6% de la población en Santa Fe fumó alguna vez en la vida y el 81,3% tomó alguna bebida alcohólica. Respecto del consumo de drogas ilícitas, el 18,4% de la población probó alguna vez alguna droga ilícita y de ellas, las que tienen mayor prevalencia de vida son marihuana (17,4%), analgésicos opiáceos sin prescripción médica (7,2%), cocaína (6,4%) y tranquilizantes sin prescripción médica (3,9%).

**Cuadro N°1**

**Prevalencia (%) de vida de consumo de sustancias psicoactivas según grupos de edad. Población de 12 a 65 años. Santa Fe, 2017.**

Sustancia	Grupo de Edad					Total
	12 - 17	18 - 24	25 - 34	35 - 49	50 - 65	
Alcohol	47,9	90,2	84,3	82,5	83,6	81,3
Tabaco	15,0	41,1	52,8	49,1	52,4	46,6
Marihuana	8,1	28,7	25,5	17,0	7,1	17,4
Analgésicos opiáceos sin pm	1,2	11,8	4,6	4,9	11,1	7,2
Cocaína	2,4	7,0	9,0	5,3	6,0	6,4

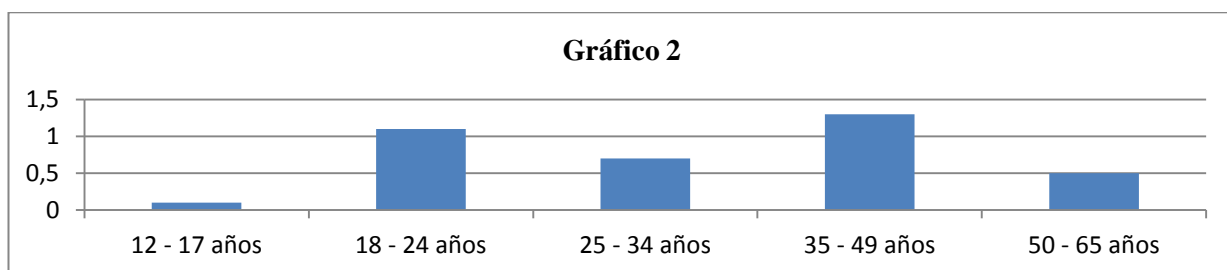
Tranquilizantes sin pm	0,7	12,2	3,1	3,5	1,2	3,9
Alucinógenos	0,0	9,5	6,3	0,4	0,0	3,0
Adelgazantes sin pm	0,0	0,4	2,5	1,8	5,9	2,7
Hashish	0,0	5,3	5,4	0,8	0,8	2,5
Éxtasis	1,7	6,8	2,8	0,0	0,0	1,8
Solventes e inhalables	1,0	6,0	1,0	0,8	0,0	1,5
Ketamina	0,0	3,4	0,0	0,0	0,5	0,6
Pasta Base - Paco	0,0	0,3	0,8	1,3	0,0	0,6
Otras drogas	0,0	0,0	2,3	0,0	0,0	0,5
Estimulantes sin pm	0,0	2,8	0,0	0,0	0,0	0,4
Esteroides anabolizantes sin pm	0,0	0,0	0,1	0,9	0,0	0,3
Crack	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,2
Morfina sin pm	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,1
Heroína	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,1
Opio	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,04
Alguna droga ilícita	8,4	28,7	27,0	17,6	9,1	18,4

Los jóvenes de 12 a 17 años presentan la menor tasa de consumo de alguna vez en la vida de alcohol y tabaco y en varias sustancias ilícitas no se observa consumo. En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas se distribuye en todas las franjas etarias y especialmente se concentra en la franja de 18 a 24 años. Es la principal sustancia consumida. Si bien es notable la diferencia en los valores de consumo de tabaco entre el grupo de 12 a 17 y el de 18 a 24 años (15,0% / 41,1%, respectivamente), es a partir de los 25 años donde se produce el consumo más alto.

En cuanto al uso de marihuana, las tasas de mayor consumo se observan entre las personas de 18 a 34 años con el valor más alto cercano a 29 %. Su consumo desciende al aumentar la edad de las personas entrevistadas y alcanza un porcentaje de 7,1% en la población de 50 a 65 años. Analgésicos opiáceos sin prescripción médica es la cuarta sustancia consumida por la población de la provincia de Santa Fe y son los grupos de 18 a 24 años y de 50 a 65 años quienes presentan el uso más elevado, 11,8% / 11,1%, respectivamente. Los más jóvenes de 12 a 17 años son los que menos consumen la sustancia. En el caso del consumo de alguna vez en la vida de cocaína, entre las edades de 18 a 34 años se produce el mayor consumo y especialmente en el grupo de 25 a 34 años (9,0%). La concentración del consumo de tranquilizantes sin prescripción médica se produce en la franja etaria de 18 a 24 años y el uso de estas sustancias -sin prescripción médica- decrece con el aumento de la edad. La tasa de consumo de alguna

droga ilícita marca el valor más alto en la población de 18 a 34 años, cercano a 29 %. Su consumo desciende al aumentar la edad hacia los 65 años y también se observa un descenso en la franja de menor edad, 12 a 17 años.

Otro estudio similar realizado por la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar) de Presidencia de la Nación (2017), que se llevó a cabo a través de su Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas (DNOAD), muestra, en el sexto “Estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en población de 12 a 65 años”, información que nos interesa sobre la demanda del tratamiento. El análisis de los datos de dicho estudio aporta información que permite aproximarnos desde las estadísticas a algunas particularidades de la temática. En este sentido, describe la búsqueda y acceso al tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. En el estudio de referencia se calculó que 14.029.396 personas registraron haber consumido alcohol, tabaco o drogas ilícitas durante el último año, de las cuales el 0,8% (118.195) buscó ayuda profesional para tratar de disminuir el consumo de sustancias psicoactivas en ese periodo. Es decir, que menos de 1 de cada 100 personas que registraron haber tenido algún tipo de consumo durante el último año, realizó búsqueda de tratamiento (Gráfico 2).



La búsqueda de ayuda profesional se llevó a cabo en mayor medida por adultos de 35 a 49 años (1,3%) y por los jóvenes de 18 a 24 años (1,1%).

Dentro del mismo estudio observamos que se evaluó también los principales lugares de búsqueda de ayuda profesional, los cuales fueron las iglesias o grupos religiosos en mayor medida (28,4%), Alcohólicos Anónimos (23%) y comunidades terapéuticas (19%). En ese tiempo (2017) un 18,8% estaba atravesando un periodo de tratamiento, el 34% estuvo alguna vez, un 44% nunca estuvo y el 2,9 no respondió.

Saliendo un poco de los datos obtenidos por el Sedronar, se pudo localizar un trabajo realizado años antes por Gerlero, Augsburger, Duarte, Gómez, Yanco (2011), quienes hicieron una evaluación de las instalaciones en centros de Atención Primaria de Salud



en diferentes ciudades de Argentina, se tomó esa parte del estudio, y otra en la cual se refiere al tiempo de espera para obtener un turno de atención en Salud Mental. Realizaron una investigación evaluativa, que analiza el desenvolvimiento del área de salud mental en la estrategia de APS. La ejecución del trabajo adoptó un diseño de casos múltiples con un abordaje multidimensional y cuali-cuantitativo. Buenos Aires, Córdoba, Paraná y Rosario fueron las ciudades elegidas para la investigación. A continuación los algunos de los resultados.

**Tabla 1.** Evaluación de las instalaciones en Centros de Atención Primaria de Salud según ciudades (n=117)

<b>Calificación</b>	<b>Buenos Aires</b>	<b>Córdoba</b>	<b>Paraná</b>	<b>Rosario</b>
Muy adecuadas	21,4% (3)	18,7% (3)	18,2% (4)	10,8% (7)
Adecuadas	52,2% (8)	43% (7)	50% (11)	47,7% (31)
Regulares	21,4% (3)	37,5% (6)	9,1% (2)	24,6% (16)
Inadecuadas	0% (0)	0% (0)	22,7% (5)	16,9% (11)
Total (n)	14	22,7%	22	65

**Tabla 2.** Tiempo de espera para obtener un turno de atención en salud mental. (n=116)

<b>Tiempo de espera</b>	<b>Buenos Aires</b>	<b>Córdoba</b>	<b>Paraná</b>	<b>Rosario</b>
En el día	14,3% (2)	5,6% (1)	14,3%(3)	11,1% (7)
En la semana	21,4% (3)	66,7% (12)	33,3%(7)	39,7% (25)
Entre los 7 y 15 días	21,4% (3)	27,8% (5)	42,9%(9)	41,3% (26)
Entre los 16 y 30 días	35,7% (5)	0% (0)	4,8%(1)	4,8% (3)
Entre los 31 y 45 días	0% (0)	0% (0)	0%(0)	1,6% (1)
Más de 45 días	7,1% (1)	0% (0)	4,8%(1)	1,6% (1)

Si bien la investigación que se está desarrollando centra su foco de atención en la provincia de Santa Fe, resulta de interés observarla en relación con otras ciudades de diferentes provincias. En estos últimos datos se observa que las localidades que expuestas presentan escenarios socio-sanitarios duales y disímiles, con fuertes heterogeneidades en las condiciones de vida y sanitarias de sus grupos poblacionales. Los cuatro centros urbanos definen políticas sanitarias que garantizan el acceso universal a los servicios de salud y su condición de gratuidad para los usuarios. Con recursos destinados a cubrir las necesidades socio-sanitarias se distribuyen a través de los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS), que se expanden en todo el territorio de los municipios.

Según la evaluación de la estructura física, 7 de cada 10 centros disponen de espacios propios para la atención de las problemáticas de salud mental, mientras que el resto comparte el lugar con otras prácticas sanitarias. En cuanto a la calidad y al confort del espacio, la mayoría de los consultorios de salud mental presenta las condiciones mínimas de privacidad, esto sería: habitación cerrada, puertas que traban desde adentro y/o aislamiento visual y sonoro, aunque también hay centros con condiciones inadecuadas de privacidad. Casi la mitad de los trabajadores sanitarios encuestados consideraron que las instalaciones de los efectores eran adecuadas (47,8%), pero esto indica que una cantidad importante cree lo contrario (Tabla 1). El lapso transcurrido desde la solicitud de asistencia especializada fue contemplado como un parámetro de la accesibilidad en atención primaria. En el conjunto de los CAPS, los usuarios que solicitaron cuidados debieron esperar entre una semana y 15 días para obtener el turno, aunque se presentaron algunas excepciones (Tabla 2). En más de la mitad de los CAPS hay dispositivos institucionales específicos, que han sido implementados para la admisión y el acogimiento de las personas con sufrimiento psíquico. En los restantes, las consultas de admisión exhiben características similares a los turnos de atención y están sujetas a la disponibilidad u oferta de cada organización o profesional. Las modalidades de organización de los cuidados mostraron que la oferta de atención de carácter ambulatorio es consistente con los principios de la asistencia básica. Se detectó un número importante de CAPS que permite obtener atención domiciliaria. Sin embargo, esta prestación está concentrada en Rosario, en menor medida en Córdoba y Paraná, y constituye una excepción en Buenos Aires. Los procesos de atención proporcionan asistencia individual, familiar y de pareja, pero sólo dos de cada tres instituciones de la red básica permiten obtener un tratamiento psicofarmacológico. La prestación es muy frecuente en Rosario y Córdoba, completamente débil en Buenos Aires y excepcional en Paraná. La respuesta a las crisis subjetivas muestra una gran diversidad: Rosario y Córdoba suelen contar con dispositivos específicos, mientras que éstos sólo son contemplados por una de cada tres instituciones en Buenos Aires y Paraná. (Gerlero et al., 2011)

# Capítulo III

## 3. Objetivos del Trabajo

### 3.1 General

- ❖ Describir las limitaciones y alcances de los modelos de abordaje para adultos adictos a sustancias tóxicas que utilizan en la actualidad los profesionales que trabajan en Salud Pública dentro de la provincia de Santa Fe, desde las miradas de los actores.

### 3.2 Específicos

- ❖ Explorar los diferentes modelos de abordaje utilizados por los profesionales que trabajan en Salud Pública para intervenir en problemáticas de adicciones a tóxicos.
- ❖ Identificar problemáticas con las que se encuentran los profesionales a la hora de desarrollar los dispositivos de intervención para toxicomanías desde su propia perspectiva.
- ❖ Clasificar en alcances y limitaciones las apreciaciones de los profesionales en el desarrollo de las diferentes modalidades.
- ❖ Analizar cómo influye en el alcance de los dispositivos las barreras que se les presentan a los profesionales de Salud Pública.

## Capítulo IV

### 4. Marco Teórico

#### 4.1 Consumo, consumo problemático y consumo problemático de sustancias

Se hace necesario tener en cuenta que existen consumos, consumos problemáticos y consumos problemáticos de sustancias; las adicciones son solo una pequeña parte del consumo problemático, un recorte. Por otro lado, al tratar estas cuestiones necesariamente se deben modificar paradigmas, tarea que se podría comenzar a realizar con una distinción entre lo legal y lo ilegal, lo moral y lo que es ético, porque en el campo de los consumos problemáticos de sustancias la criminalización de una parte de los consumos y en la connotación moral de otra parte, impide muchas veces tener una lectura a partir de la cual se piense formas innovadoras de abordaje. Un primer paso en el cambio de paradigmas es hablar de consumo problemático de sustancias y no centrarse solamente en adicción, a veces, frente a determinados hechos, como podría ser un accidente en el cual un ómnibus de una escuela primaria fue atropellado por un camión que lo manejaba una persona en estado de alcoholización y dejó decenas de niños muertos, no significa nada para los padres si quien manejaba era la única vez que había tomado en su vida; o sea no fue el alcoholismo como adicción lo que produjo esas muertes, sino el conducir un camión habiendo tomado alcohol independientemente de las practicas del consumo de alcohol de esta persona, si es adicto o no. Esto es así, porque además se tiene socialmente naturalizado el consumo de alcohol de los conductores, cualquiera que haya viajado por Argentina y parado en restoranes donde paraban los conductores saben perfectamente que consumían alcohol cuando estaban en tránsito de un lugar a otro. Fue un trabajo de la sociedad civil, incluyendo a los padres de este colegio, tratar de desnaturalizar el consumo de alcohol de los conductores de ómnibus y camiones, y en todo este proceso jamás se sabrá si este conductor era o no un adicto en sentido de tener un vínculo particular con esas sustancias, en cambio si era un consumidor problemático. Partiendo de la base, en esta sociedad existe un problema con el consumo, esto es, o se querría, aspirar a ser lo que normalmente se llama modelo de sociedad de consumo, un modelo bastante difundido en occidente, donde el bienestar se mide por la cantidad de bienes y donde además opera un extraño mecanismo que no casualmente se llama fetichización, por el cual el intercambio de bienes en toda sociedad mercantil hace parecer como relaciones entre cosas cuando son relaciones

entre personas. Esto es importante para la comprensión del fenómeno porque quiere decir que cuando se cree que hay intercambiando objetos, cuando uno entrega dinero y se entrega un objeto por ese dinero la impresión es que se está intercambiando solo eso, pero lo que se está intercambiando es tiempo de vida humana. Esto solo se des-fetichiza cuando por ejemplo un hijo pide dinero a su madre para sacar una entrada a un recital y la madre le dice: para que esas son cuatro horas de trabajo mías; quiere decir que se está entregando cuatro horas de trabajo de la madre para que se vaya a un recital. El fetichismo consiste en colocar en un objeto una carga libidinal definida y ese objeto queda como fijado a esa carga libidinal. Pero en realidad este efecto de fetichización, este hecho de que se intercambia objetos y que en realidad se está intercambiando vida humana se va aumentando, quiere decir que la sociedad tiende a mercantilizar, cada vez más, elementos de la vida e inclusive la vida misma. Hay algunos objetos que fueron contruidos para ser una mercancía, como podrían ser un reloj, un collar, etc. y hasta acá tiene sentido, ahora, ¿un bebe? Sin embargo se tiene tráfico de niños, ¿una mujer joven? sin embargo existe la trata, ¿un órgano humano vivo? y sin embargo hay tráfico de órganos. La inversa también sucede, hay un autor, Appadurai, que escribió un libro llamado la vida social de las cosas y reconstruye los vínculos sociales a través de los vínculos con los objetos, quiere decir que se está inmerso en una forma de vida en la cual permanentemente se mezclan los vínculos entre personas con los vínculos con objetos. Hay una propaganda que se refería a enamoramientos de personas con cámaras de fotos, un muchacho joven que declaraba su amor a una cámara de fotos sobre un trípode y como la tarjeta de crédito podía lograr que este amor finalmente se concrete, como si fuera un Romeo y Julieta con final feliz, entre él y el objeto. (Stolkiner, 2013)

Entonces, de alguna manera las personas están en esta *captura constante de deseo por objeto* y esto adquiere distintas formas según de aquello de lo que se trate que se consume; así primeramente, y volviendo a la primer diferencia entre lo legal y lo ilegal, la diferencia entre lo legal, de sustancias psicoactivas que se utilizan como drogas, y el campo de lo ilegal, es una diferencia trazada arbitrariamente. En tiempos anteriores las anfetaminas eran de venta libre, una persona menor de edad podía comprarlas en una farmacia, el Actemin se lo recomendaba para estudiar, tal es el caso que hasta los padres lo recomendaban, cuando un alumno/a debía realizar esfuerzos en muchos de los casos se los ofrecía, se lo utilizaba en esos momentos y no para salir a bailar por ejemplo, o sea estaba tan ligado a esa idea y cuando se daba por finalizado la rendida automáticamente desaparecía el uso de la sustancia; la cocaína fue de venta libre en

Argentina hasta los 90', otra historia curiosa, en 1929 cuando se crea la liga Argentina de higiene mental, que es una extraña liga que conjuga a higienistas que vienen de pensamientos socialistas y conservadores, confluyen todos en una sola batalla, la batalla al alcoholismo, los conservadores porque el alcoholismo disminuye el rendimiento laboral y los socialistas porque impide la vía para que los obreros puedan encontrar la organización contra la lucha y la explotación, sin embargo en todos esos textos hay una diferencia que resulta rara, se consideran malos los alcoholes destilados pero no los macerados, o sea es mala la ginebra pero no la cerveza, es mala la caña pero no el vino, estos macerados se consideraban del orden de la alimentación. Como se puede notar, la barrera de lo legal y lo ilegal es un constructo absolutamente móvil, pero un constructo móvil que deja más víctimas que el consumo de sustancias. La primera víctima de la franja ilegal, a nivel global, son las democracias, por un lado por la utilización que se hace con la guerra contra el narcotráfico, con bases militares y demás, y por otro lado porque se está hablando de una masa de capitales equivalente a lo que sería una tercera o cuarta industria del PBI mundial que se utiliza permanentemente para corromper a un gobierno con países centrales. La siguiente víctimas de esta ilegalidad son los pequeños trabajadores del sector, una periodista francesa hizo un estudio que va desde las mulas, los jóvenes que pasan droga y además la violencia que conlleva toda la organización ilegal asociada a la droga y si no miren las problemáticas de países como México o Colombia, se está haciendo referencia a decenas de miles de muertos. Esto da una imagen macro. Hay un comediante que hace stand up y dice: no pidan pena de muerte para los narcotraficantes ellos han incorporado la muerte como su perspectiva de vida, pídanla para los banqueros que blanquean el dinero y en primera vez que eso suceda se va a ver moverse de otra manera, son capitales que además tienen una relación directa con el circuito de los capitales financieros internacionales. Entonces buena parte de las personas que se oponen a la legalización de este tipo de sustancias son exactamente las mismas personas que saben que esta legalización disminuiría el margen de ganancias que lo mismo produce. Esto, como lo mencionamos, es el escenario macro, en segundo: la connotación moral. Alrededor de la confluencia de salud mental, el imaginario con respecto al consumo de drogas, criminalización de la juventud e historias de Argentina, hay un caso que gustaría tomarlo para entender la problemática; es el caso de Sebastián Bordón, un chico de 18 años que estaba de viaje de egresados en Mendoza con sus compañeros y aparentemente tuvo un cuadro delirante, buffét delirante como hacen referencia los psiquiatras. Los adultos acompañantes del grupo y de este joven, que estaba en viaje de fin de curso, pensaron que él había consumido drogas, por este

motivo, y acá viene el tema de la penalización del consumo, en lugar de llevarlo a un hospital lo llevaron a una comisaria, esa noche en los policías lo mataron a golpes y después hicieron desaparecer el cadáver. Esas personas actualmente están presos por delitos cometidos en la dictadura, o sea si esas personas no hubiesen estado a cargo de esa comisaria ese chico estaría vivo. Entonces los elementos hasta el momento que hay que dejar de lado son lo legal y lo ilegal seguido de las connotaciones morales. En EEUU se observa que en las estadísticas hay una mortalidad alta por consumo de analgésicos, existe una serie de problemáticas con jóvenes que consumen psicofármacos de venta legal, se tiene la problemática del alcohol, la problemática del cigarrillo y por ende cuando se piensa en términos de producción sintomatológica social la diferencia entre legalidad e ilegalidad lo único que hace es aumentar el riesgo y además el caudal de imposibilidad de identificación con lo externo, con lo marginal, con lo que está afuera, de aquellos que consumen de manera ilegal. Después, dentro del consumo problemático de sustancias, la problemática de consumo de medicamentos y no se está haciendo referencia solamente a los psicofármacos. En este país las estadísticas con respecto a antibióticos es altísimo, a tal punto que se están produciendo bacterias que son resistentes a estos. En relación a los psicofármacos, en una época fue el Valium, en otra fue el Alprax y ahora es el Lexotanil, no estamos hablando de los psicofármacos que se utilizan por receta psiquiátrica, sino de los que se utilizan a partir de la prescripción indiscriminada que hace cualquier médico, incluyendo también los antidepresivos que están dentro de la misma línea. Una propaganda de una revista médica decía: “no podemos cambiar el mundo, pero si aliviar el sufrimiento y el padecimiento que produce observarlo, Alprax los límites justos para una realidad difusa, aumenta la resistencia al estrés”. Acá se puede encontrar por un lado una afirmación política “no podemos cambiar el mundo” y por otro lado, “aliviamos el padecimiento que produce”, esa propaganda estaba colocada en una revista de psiquiatría, o sea que no estaba dirigida al público en general, estaba dirigida a los psiquiatras para que el consumo que ellos hicieran de ese medicamento los transformara a ellos a su vez en unos excelentes difusores del uso de esta línea de psicofarmacología. Se sabe que no se consume por placer antipsicóticos, aunque hay jóvenes que consumen de manera absolutamente riesgosa antihipertensivos, un grupo que en lugar de utilizar marihuana, cocaína o alcohol, habían encontrado un particular goce con estos medicamentos que les producían hipotensión y ese bajón corporal que les producía para ellos tenía algo de placentero. La otra gama de consumo problemático está en los alimentos. En este momento si se fijan, hay un autor que se llama Sfez quien habla de la salud perfecta, y

dice que la salud de la nueva moral de la época, la búsqueda de la salud perfecta se transformó como en el imperativo moral y es por lo tanto inmoral estar enfermo, entonces buena parte de todas las propagandas que uno se fija con respecto a los alimentos se centran, no en el placer del sabor o lo rico que es, sino en su capacidad de producir ese plus de salud que se buscaría a través de la alimentación pero además con una información absolutamente fallida. Es de esta manera que por ejemplo en una investigación en Uruguay, y en una época de mucha pobreza, un grupo de nutricionistas descubrió que las madres de familias muy pobres hacían un notable esfuerzo por comprarle el Danonino en lugar de darle un vaso de leche a los hijos, porque estaban absolutamente convencida de que el máximo de nutrición sana que podrían darle a sus hijos era el Danonino; con lo cual por otro lado iban creando en los chicos un hábito de utilización de determinada sustancia que no necesariamente formaba parte de una nutrición adecuada. En la década del 60' se puso de moda en el uso pediátrico un medicamento que se llamaba el Dimaval, recordado por las madres de esa época como La Gotita, este medicamento era un psicofármaco que tiene posibilidad de producir insuficiencia respiratoria y se les daba a los bebés en el momento del nacimiento, no obstante en la prescripción dice que no lo tomen las embarazadas porque no se sabe el efecto que puede hacer en el feto, ahora una hora después de nacido ya se lo empezaba a dar, el problema de esto era que se lo utilizaba para acallar la primera forma de la voz infantil que es el llanto, los pediatras lo administraban con esa confianza ciega que se le tiene a los medicamentos, se lo administraba a bebés que lloraban mucho en lo familiar o inclusive dentro de los hospitales; el bebé llora porque tiene hambre y se le da gotitas, el bebé llora porque está angustiado y se le da gotitas, tiene sed y se le daba gotitas, lo que hace que se introduzca directamente al bebé en la lógica del consumo, una sustancia como forma de acallar el malestar. A partir de esto, se piensa que una de las características de esta forma cultural es una tendencia siempre a llevar a cero cualquier malestar de manera muy rápida, esto también hace la madre cuando el bebé llora y en lugar de calmarlo le da una gotita. Pero este es un concepto fuertemente construido socialmente, no debe haber una corporeidad humana tan poco resistente al dolor como la de ahora, se construyó una corporeidad con una ausencia de resistencia al dolor absoluta, lograron que además cualquier malestar tenga que tener una respuesta inmediata y eso no es un problema de las personas que consumen de manera problemática sustancias, es un problema del consumo directamente y es un problema de la construcción de la subjetividad actual. Permanentemente se promueve una búsqueda de respuesta inmediata y una búsqueda de satisfacción en objetos evanescentes, con esto



se apunta a que la satisfacción del consumo es una satisfacción que siempre va a producir una insatisfacción rápida, el placer del nuevo celular va a durar 10 días y dentro de 40 días ya se va a querer comprar otro, el más nuevo, entonces así como se escucha que los jóvenes adictos a las drogas les roban a sus padres para comprar sustancias, resulta que se escucha en los consultorios que una persona de 14 años le robo la cámara de fotos a la madre para cambiarla por un celular. *No hay discontinuidad entre una cosa y otra, la discontinuidad se produce en aquellos casos singulares en los cuales por las más diversas circunstancias que van desde la condición subjetiva y familiar hasta la condición social, se construye lo que se llama una adicción.* Lo que debe quedar claro es que el consumo problemático es mucho más que la adicción, es lo que puebla a las guaridas hospitalarias los sábados con jóvenes que toman alcohol y estados de comas alcohólicos que no son alcohólicos, quiere decir que, son jóvenes que pueden pasarse meses de sus vidas sin tomar pero que esa vez tomaron hasta casi descerebrarse. El consumo problemático es lo que deja muertos en las carreteras y no todos los que lo hacen son alcohólicos, y en estos casos el problema no está centrado en el alcohol sino en el manejar, el consumo se vuelve problemático cuando se utiliza el auto en circunstancias en la cual se debiera no manejar por ninguna razón. Entonces queda claro, no todo consumo problemático, como podría ser en este caso de sustancias, necesariamente implica una adicción, aunque si, toda adicción es parte de un consumo problemático de sustancias y en nuestra sociedad el consumo en si mismo construye una problemática. (Stolkiner, 2013)

#### **4.2 Las adicciones como problemática de salud**

Con respecto a la “ley de salud mental y adicciones”, un avance lo marca el transito que se hace con dicha ley, la cual intenta hacer volver, recolocar, la problemática de las adicciones en el terreno de la salud y sacarla del terreno del Ministerio del Interior (poder ejecutivo en el cual suele estar al mando las fuerzas policiales, gendarmería, instituciones carcelarias, protección civil, y gestión de desastres al interior del Estado), donde lo habían colocado antes como una cuestión de seguridad. Un empuje similar brinda el término “reducción de daños”, (ahora si se está hablando del consumo de quienes se reconoce como adictos), dicho termino, que se introdujo en el terreno de la salud, implica una política no abstencionista, en sentido que no se le pone como condición a la persona, para asistirle, que tiene que cesar en el consumo, y esa política

es un mensaje que la sociedad le da a estas personas, que es: así como estás y haciendo lo que estás haciendo tu vida vale y aun si no puedes dejar ese consumo, aun así, ella vale, y lo menos que se puede hacer es darte las indicaciones de cómo cuidar la vida aun dentro del proceso de consumo o sea como limitar los riesgos dentro del consumo. Este es un debate altísimo, lo que buscan e intentan hacer no es fomentar el consumo, sino plantearlo en el nivel donde el consumo realmente está. En la medida en que se le saque la connotación moral se podrá visibilizar la problemática, por ejemplo: encuestados los médicos de un hospital, todos los servicios respondieron que no atendían adictos, pero los adictos tienen problemas de muelas, tienen problemas de estómago, tienen problemas ginecológicos, tienen problemas gastroenterológicos, algunos tienen más que otras personas porque de acuerdo con el consumo pueden tener más problemas gastroenterológicos que otros, pero esto estaba absolutamente invisibilizado; un caso relacionado con lo que lo expuesto sucedió en un hospital polivalente donde llegó un joven con HIV que entra en la sala de neumonología, se le detecta una infección de candidas pulmonares, o sea un cuadro respiratorio complicado, antes de que existiera todo el coctel medicamentoso, pero que además era un adicto. A nadie se le ocurrió llamar a salud mental y si lo hubieran llamado nadie sabe si a salud mental se le hubiera ocurrido que este joven en esa condición respiratoria no iba a soportar el síndrome de abstinencia, murió esa noche que llegó de un paro cardiorrespiratorio (PCR) en presencia de los profesionales golpeándose la cabeza contra las paredes mientras hacia un cuadro de abstinencia con respecto a la droga de la cual se le prohibió irresponsablemente dentro de una institución de salud. Entonces se lo interno como un enfermo neumonológico pero se negó cualquier consulta que tuviera que ver con esta otra enfermedad que era el efecto que en su cuerpo iba a producir la privación de la sustancia. (Stolkiner, 2013)

#### **4.3 El deseo contra en superyó**

El superyó es un concepto que al leerlo desarrollado en Freud no se lo encuentra igual que el Lacan. En Freud sería la consecuencia del complejo de Edipo, es decir, de manera resumida, una instancia en la cual se interioriza la ley y la culpabilidad, se podría decir como un guardia civil interno, entonces es algo que está más del lado de los límites a la satisfacción, por otro lado en Lacan, en el seminario de La Ética, lo representa por una palabra: Goza. Entonces se encuentra algo que parecería ser una

paradoja, que desde el lado de Freud es quien dice que no a todos los goces posibles y del lado de Lacan un imperativo de goce. Así un camino indica que se hace necesario rever y ampliar las nuevas formas de los síntomas para entender y ver si se podría plantear como hipótesis que estas nuevas formas en las que retorna lo reprimido tiene que ver con el imperio de este supuesto superyó. Entonces, el núcleo duro de esta sintomatología contemporánea tendría que ver con el imperio del superyó en muchos de los casos de neurosis. Pensando de manera ligera, a partir de la práctica psicoanalítica surge la pregunta: ¿cómo se podría caracterizar las novedades sintomáticas que se observan en los sujetos que consultan? Hay un ascenso, al menos en las quejas, de las *adicciones*. La adicción como síntoma designado por el discurso común va creciendo desde hace aproximadamente 20/30 años, no es que no existía antes, el alcoholismo existe desde la biblia, pero el discurso sobre algunos sufrimientos expresados por los sujetos es formulado con el término adicción, “yo soy adicto”. Se puede ver el desarrollo con todo lo que tiene que ver con el objeto oral, como bulimias, anorexias, que han tomado una importancia que no tenían antes, hay centros especializados, hay crecimientos de literatura psiquiátrica, psicopatológica y psicoanalítica sobre estos trastornos alimentarios, pero también la democratización, si se puede decir, de la adicción a sustancias, ya sean inofensivas como drogas duras, también fueron creciendo. De tal manera que hoy en día, en los periódicos todo puede ser adicción, por ejemplo se habla de sex-adictos ya sea por lo que implica la globalización e internet, adicción a las compras llamadas a veces shopping-adictos, adicción al trabajo work-adictos, etc. así se hace la psicopatología contemporánea, se le da nombres, se clasifica. Entonces parece que la adicción es un modo contemporáneo de nombrar síntomas más antiguos que antes tenían otros nombres o que no eran identificados con la palabra adicción. Interesa esto porque la adicción es la estricta aplicación del imperativo de goce, traducido en términos orales por ejemplo se convierte en come, bebe. En tiendas visitadas también se observa que las publicidades estimulan el consumo mediante frases como: cómpralo te va a dar la felicidad, es lo que te falta para estar bien, me miras me compras y me dejas en el armario, incluso hasta se ha visto adaptaciones de cogito cartesiano que decían yo compro entonces yo soy. Así pueden observar que este imperativo, que fue analizado por sociólogos hablando de la sociedad del consumo, de la multiplicación de los bienes, etc. no es nuevo, pero el imperativo del discurso del amo está relacionado con el desarrollo de estas nuevas formas sintomáticas que se pueden llamar a ellas mismas, por los que los padecen, *adicciones*. El segundo eje fuerte en las políticas de salud mental es la *depresión*, fue una causa europea con un montón de dinero consagrado a la supuesta

curación de estas malditas depresiones que impiden a la gente trabajar; también acá aparece la pregunta si el Superyó no tendría algo que ver con este aumento del campo de la depresión. Bueno, entonces esta última patología que se nombra tiene caras distintas y para un psicoanalista hay una diferencia estructural entre depresiones en la psicosis y depresiones en la neurosis. En la neurosis, la clave de la depresión es, la clave que se encuentra en el seminario de la Ética, ceder sobre su deseo, abandonar su deseo inconsciente, deseo como eje que permite moverse y desear cosas y ceder o abandonar el deseo tiene que ver con el superyó porque el imperativo de goce esta en oposición con el dinamismo del deseo, y es como una orden del Amo contemporáneo. Por ejemplo, un evento traumático que toco vivir a un sujeto, la muerte de alguien cercano, al momento de salir de la casa los médicos que habían ido propusieron, casi automáticamente, un antidepresivo, lo propusieron para no decir que lo ordenaron, como si la tristeza perfectamente “normal” de una perdida fuese insoportable para todos, para ellos y para los pacientes. Otro caso es una persona que perdió su bebé a siete meses de embarazo, después del parto era triste, muy triste, lo que también parece “normal”, nada patológico, no sentir ningún sufrimiento en caso de pérdida afectiva parece si patológico, pero todos, las enfermeras, los enfermeros, psicólogos, médicos que van juntos en el procedimiento arreglado para estas circunstancias también les propusieron de esta manera, bastante fuerte, tomate antidepresivos, píldoras de felicidad o de no sentir nada y es absolutamente general. Entonces así se sospecha que la depresión viene con el nombre que corresponde para la imposibilidad de sostener el imperativo de felicidad, hay que ser feliz, joven y guapo y al menos si no guapo feliz. Entonces la idea lleva a que este rechazo de la tristeza que se diferencia de la depresión melancólica<sup>3</sup> que es absolutamente otra cosa pero que no hace, esta última, un engordamiento masivo de los diagnósticos de depresión porque siempre hubo melancólicos pero porque no se puede pensar que los melancólicos crecieron así de manera increíble durante los 20 últimos años, entonces lo que se llama depresión, no severa, pero depresión, tiene que ver con la depresión erótica y de un lado la caída de la categoría del deseo frente a la subida de la categoría de la felicidad como un imperativo. Por otro lado, el último punto clínico es un poco más complejo porque hay una paradoja, se trata de la *perversión*. La clínica clásica psiquiátrica y psicopatológica de la perversión cambio radicalmente al final del siglo XX y a principio del siglo XXI, todo lo que era clasificado como

---

<sup>3</sup> Freud (1914) plantea que en la melancolía sucede una pérdida de un objeto amado o ideal. Aunque se supone una pérdida, no se sabe lo que se perdió. Esto puede ocurrir aun conociendo la pérdida que ocasiona la melancolía. Es decir, el sujeto puede saber a quién perdió pero no lo que perdió en él. La melancolía se refiere por tanto a una pérdida de objeto sustraída de la conciencia.

perversión poco a poco desaparece como tal, pero lo que permite hacer desaparecer estas perversiones clásicas es una concepción jurídica de la perversión y de la libertad individual. Dos adultos con consentimiento, cada uno de estos adultos pueden hacer lo que les dé la gana, entonces hay todo un campo, una tradición de lo que se llamaba perversión que se redujo hacia ese núcleo jurídico que explica que las perversiones que quedaron tienen que ver especialmente con los menores, como por ejemplo la pedofilia, zoofilia y se supone también la necrofilia porque los muertos no consienten tampoco, entonces eso sí queda como perversión y puede ser analizado a partir del criterio que decidan ellos. Hay casos, por ejemplo una persona que se considera de género masculino paga a otra (supongamos mujer) para tener relaciones sexuales, no vas a ser atacado como perverso, va a ser atacado como cliente de la prostitución a pesar de que ese ejercicio es realizado contra su voluntad, es decir como una práctica ilegal de la prostitución, pero no tiene nada que ver con su actividad sexual que no implica criterio jurídico del que se hablaba, entonces hay como una desaparición, como se dio a entender, se efectuó un cambio de lo que era antes el concepto, a partir del discurso del nombre del padre si se puede decir, ligado con la idea que no hay sexualidad normal si no es entre un hombre y una mujer dentro de lazos sociales adecuados y relacionados con la reproducción, eso era más o menos la definición anterior, en la base de la perversión. Eran goces afuera de esta definición a partir del nombre del padre, del eje simbólico, de la reproducción y de la transmisión, siempre tenía que ver con eso. Por eso la homosexualidad masculina era un crimen hasta el siglo XIX, hoy en día cambio todo el panorama, de tal manera que todas las actividades sexuales que no tienen nada que ver con la reproducción, el matrimonio, la relación entre hombre y mujer, no es considerado perversión. Hay un cambio en el campo trabajado también en relación con la presa de poder del superyó en la civilización, del superyó sobre la otra instancia freudiana, instancia que Freud no hace siempre una diferencia clara, instancia del Ideal del Yo. En Freud lo difícil, en los textos, especialmente en la segunda tópica, es que algunas veces se vuelve imposible hacer la diferencia entre Ideal del Yo (que tiene que ver con los ideales del Otro y entonces lo que organiza el orden simbólico en cada uno) con el superyó que funciona de manera distinta. De tal manera parecería mostrar que la subida, en un diagnóstico, del Superyó está relacionado con la caída del Ideal del Yo que va con la caída de la función paterna y de la función nominación<sup>4</sup>, lo mas de

---

<sup>4</sup> Según Lacan (s.f) la nominación es por donde el parloteo se anuda a lo real. En el Seminario XXIII hallamos ya constituida también una perspectiva: el *sinthome* -una palabra antigua que viene a cumplir una función de nominación, a producir algo nuevo: unir simbólico y real en un punto inédito, añadir un sentido a lo real- que implica la certeza de que hay un afecto irreducible al efecto de sentido, inanalizable.

superyó cuando lo menos orden paterno, orden nombre del padre y entonces el superyó en lugar del padre y entonteces el imperativo en de Coca-Cola en lugar del Ideal del Yo; esto implica un cambio de equilibrio de fuerza entre deseo y goce. Estas nuevas orientaciones populares, de la clínica popular, que pone al primer lugar las adicciones, la/s depresiones y la perversión/es, tal como lo dijimos, las perversiones perdidas, todos esos movimientos manifiestan o son la consecuencia del desarrollo de las fuerzas oscuras, del superyó contemporáneo. En ese sentido, el superyó es del orden de lo simbólico, esto es algo que no cambia en Lacan, es simbólico, no imaginario y no real siéndole aplicado los adjetivos feroz, sádico y obsceno (las tres caras del superyó). Esta instancia, dicho psicoanalista, la relaciona con lo que llama el trauma primitivo, sin decir que es, y segundo cuando el Ideal del Yo es relacionado con las leyes del lenguaje y en general con el Otro del lenguaje, el superyó, es simbólico también pero es relacionado desde estos primeros párrafos con las palabras, el orden de la palabra que es distinto del lenguaje que si se puede decir, el lenguaje en acto, el lenguaje sometido a él orden de la enunciación, al tiempo, y a la cadena de los significantes, entonces si del lado del Ideal del Yo son significantes que pueden ir solos S1,S1, otro S1... del lado del superyó quien está implicada es la palabra. La palabra que implica la enunciación de un lado y la voz de otro lado y que manifiesta algo que no está como tal en el sistema de la lengua que es la forma imperativa, cualquier cosa que decimos al enunciarla de una cierta manera puede convertirse en orden, por ejemplo: al pasear por la calle y ver madres con sus pequeños hijos se les puede escuchar decir ¡que te caes!, eso es un imperativo del superyó, pero del lado de la madre es temor que se caiga, pero del lado de quien lo escucha funciona bajo la forma del imperativo porque es un imperativo, entonces el superyó tiene que ver con estas formas mínimas, tiránicas, insensatas, de las palabras. El superyó no hace discurso, el discurso es orden, mando y lo que Lacan añade a partir del seminario XII y los que van después es que este imperativo no tiene tanto que ver con los significantes utilizados sino que tiene que ver más con el tono de la voz, con el objeto vos. En el seminario I Lacan menciona la voz ya anuda con las palabras, y no con el lenguaje, lo que se quiere precisar es que: lo que diferencia las palabras del lenguaje es la voz, entonces, el hilo de Lacan va acercando más la esencia del superyó con la voz, es decir con el objeto y menos con el significante, lo que no implica que deja de ser simbólico, porque la voz no puede ser como tal agarrada, sino por medio de la enunciación, se podría decir también que un grito puede funcionar como superyó,

---

El sinthome designa aquello que del síntoma es rebelde al inconsciente, que no representa al sujeto, que no se presta a los efectos de sentido y de verdad. (Montserrat Puig y Estela Pavskan, 2005)

asusta, produce angustia para... y desencadena el goce bajo la forma de la angustia, cierta manera el grito es la forma primitiva, por eso hablaba del trauma primitivo, es la forma primitiva del mando, por ejemplo en la película de Chaplin con Hitler, donde escucha a Hitler en el micrófono diciendo palabras que no existen sino que son gritos modulados, alemanes, sin sentido pero que funcionan perfectamente, como un grito modulado que produce, en quien escucha, todos los efectos posibles de la angustia hacia el odio o al amor, entonces de alguna manera el Superyó tiene que ver con los afectos, en tanto que los efectos son caras del goce. (Brousse, 2012)

Las adicciones tienen que ver con el objeto, objeto banal, pero detrás de todo objeto banal para darle su poder de persuasión hay un objeto a, entonces la adicción es el reemplazo del Otro por el a. En relación a esto hay una canción que decía: no necesito a nadie con mi Harley Davidson (con mi moto), el Otro en este caso es reemplazado por el objeto. En la depresión, el Otro es reemplazado por la pura barra sobre el sujeto, división subjetiva sin sujeto. En cuanto a los cambios en el campo de la perversión se podría pensar como un Phi<sup>5</sup> ( $\Phi$ ) sin barra. Entonces se observa que con la subida del superyó las barras que se están sobre el S o sobre A van olvidándose, van moviéndose, se fragilizan. Y la barra en Lacan es precisamente la marca de la castración, la marca de la falta. La falta como posible de subjetivar, de esta manera el superyó se convierte en el imperativo del objeto. A nivel político, la solución es más compleja que en casos particulares, o sea es más difícil a nivel del discurso del Amo, acá el dominio del superyó y del imperativo de goce, orienta las soluciones propuestas por la civilización contemporánea hacia lo que Jean Claude Milner llama las políticas de las cosas, donde el autor demuestra que en lugar antes ocupado por los valores y las paciones hoy con el recurso al saber científico, y al modo de gestión administrativo generalizado, universalizado, en ese lugar donde estaban los ideales y las paciones hoy se presentan las cosas como reales. Un ejemplo, un ejemplo bueno en el cual no sería necesario estar en contra, los enchufes eléctricos en las paredes son dos huecos en el cual a los niños les encanta experimentar y poner los cosas metálicas allí y ver qué pasa, generalmente la voz del adulto pronuncia una interdicción “no hay que hacer eso porque es peligroso, te lo prohíbo”, hoy en día parece que no es necesario decírselo a los niños porque en todas partes se puede comprar pequeños plásticos que se ponen en los huecos y basta, no es necesario decírselo al niño el peligro que hay, lo va a descubrir cuando ya no es peligroso, pero es igual para todo, otro ejemplo, todas las medidas de seguridad que

---

<sup>5</sup> El Símbolo ( $\Phi$  Phi mayúscula) es lo que Lacan llama el «falo simbólico», es decir aquel lugar que señala el momento de la emergencia de Psique. (Lo real, lo imaginario y lo simbólico, 2019)

están más y más desarrollándose van en este sentido de la política de las cosas, lo que pasa por ejemplo es que el niño simplemente no puede poner los dedos, las cosas se prohíben pero no es una prohibición, es un poder, no es imposible porque es prohibido, es imposible porque no puedes. Eso es lo que dice Milner sobre la política de las cosas, “dicen, no es posible”. Hay una película francesa donde hay una mujer que baila strep tease y cada vez que entra en un hotel el Héroe de la película va a la consejería y dice de manera muy amable: -¿puedo pedirles algo?- A lo cual le responden, -si todo es posible-. Entonces dice -si serían capaz de apagar la música por favor-, a lo cual le responden -no, eso no es posible- seguida la pregunta del Héroe -¿y porque no es posible?-, en la película se ve al otro buscando la razón para tratar de contestarle, hasta que llega un momento y dice de manera muy técnica -porque es un programa 2738 y no se puede- y muchas respuestas así puramente técnicas que les permiten decir que eso no es posible, entonces eso es la política de las cosas, organizadas por los procedimientos elegidos una vez por todas (ej: desde las 21hs hasta las 20hs música en los espacios del hotel y basta) y la impotencia, además de ser producida por la automatización de la organización de la vida, que se da por el ideal contra el cual es muy difícil luchar, en este caso podría ser el ideal de seguridad. Hoy en día se puede decir que las fuerzas aliadas al superyó, como seguridad, gozan pero que no dejan ver su cara sadiana<sup>6</sup> y sí que la tienen. (Brousse, 2012)

#### **4.4 Soluciones contra el malestar**

La cuestión de las sustancias químicas está presente desde la prehistoria del psicoanálisis en los dos textos de Freud sobre la eficacia del clorhidrato de cocaína contra el dolor orgánico, y reaparece constantemente en su obra, ubicada en la serie de las “soluciones” contra el malestar. Para el pensamiento psicoanalítico, el fenómeno de la “adicción”, y la cuestión del consumo de sustancias tóxicas son problemáticas diferentes: la adicción no siempre es a un químico y la ingesta tóxica no necesariamente implica una adicción. Freud destaca la masturbación<sup>7</sup> infantil como una primera adicción que serviría de modelo a todas las demás. Habla además del poder adictivo de

---

<sup>6</sup> Lacan afirma que el perverso se imagina ser el Otro para asegurar su goce. Así Lacan llega en su texto al concepto “Fantasma Sadiano” en donde el ejecutor aparece como el instrumento. (Suárez, s.f)

<sup>7</sup> Freud (1905), dice, redundando en beneficio de la claridad indicar que, es preciso distinguir tres fases de la masturbación infantil. La primera corresponde al periodo de lactancia, la segunda al breve florecimiento de la práctica sexual hacia el cuarto año de vida, y solo la tercera corresponde al onanismo de la pubertad, el único que suele tenerse en cuenta.



la hipnosis, del amor, del juego, etc. Esto significa que “las adicciones” no se explican por la sustancia u objeto al que se fija la satisfacción, sino por la operación inconciente que las determina. La especificidad de los efectos de una sustancia, incluso su grado de nocividad, y hasta su propiedad adictiva, dependen de un factor subjetivo en el caso del consumo privado, o del contexto simbólico si se trata de un rito o de una ceremonia, más que su propiedad estrictamente química. Para que un objeto adquiriera una propiedad digamos adictógena (permítase el neologismo), se requiere de algo más que su cualidad química, requiere del desplazamiento significativo por el cual dicho objeto pasa a ocupar un lugar en el deseo de otra “cosa del sujeto”. Por supuesto hay diferentes formas y grados de toxicidad, incluso de nocividad, en la serie metonímica de los “objetos” capaces de producir adicción. (López, 2007)

Existen otras formas de consolación al dolor de existir, distintas que las drogas y mejor mediatizadas, menos dependientes del objeto, como el teatro, la literatura y el humor, o la religión y la ciencia, y hasta la neurosis misma. (López, 2007)

Muchas veces se ha pensado, en una evidente identificación con la fantasía de quien consume sustancias, que la droga proporciona una experiencia de satisfacción o felicidad a la que incoerciblemente se necesita volver. La idea de “paraíso artificial”, locución hecha famosa por el libro de Charles Baudelaire *Les paradis Artificiels* (1860), perdura en muchos investigadores y analistas. No es en absoluto la idea de Freud, para quien la pérdida inevitable de felicidad (de goce) que acarrea la cultura (la castración), promueve en los sujetos dos diferentes actitudes: algunos rechazan esa pérdida y por lo tanto insisten en gozar, mientras que otros se contentan con “evitar el dolor de existir” por medio de algún “subterfugio”. Es en esta segunda vertiente negativa donde Freud ubica la intoxicación por drogas, bien lejos del espejismo de la satisfacción pulsional. Ya no se trata de suponer un sujeto que goza, suposición que el adicto atiza vanagloriándose de experiencias inefables ajenas al analista y/o equipos de abordaje en salud, sino de enfrentarse a un sujeto que sufre. (López, 2007)

Freud (1930) comenta sobre diferentes objetos que sirven de remedios al “dolor de existir”, el malestar, o en otros términos, a la insatisfacción del deseo, y establece con ellos una serie donde coloca como el más poderoso “quitapenas”, pero al mismo tiempo el más perjudicial, al objeto químico.

#### **4.5 Más allá del adicto como víctima**

Ahora bien, muchos de los autores concientes de los derechos humanos, se detienen en respuestas de tipo ideológico, inspiradas en una psicología “comprensiva” que reduce al sujeto adicto a su condición de simple “víctima”, tanto de los intereses del narcotráfico como de los principios del Estado moralizador, cerrando todo ulterior interrogante que comprometa al adicto en tanto actor. Desde la teoría que se cree ética y orientativa preguntamos si: ¿deben también fijar el límite a la investigación en la identificación del adicto como víctima, una entre otras, del sistema de producción capitalista y como una expresión privilegiada de su corolario: la sociedad de consumo?, para hablar de víctima tendríamos que referirnos a un sujeto sobre el cual recae una acción delictiva de otro, sin contar para nada con su consentimiento, antes bien, con su total repudio. Así surge como ejemplo hablar de víctima de un crimen de una violación, de un robo, en la medida que el sujeto que definido por ser totalmente ajeno al delito que padece. Ahora bien, la venta de drogas no solo no solo cuenta con el beneplácito de la víctima del delito, sino que está en busca y paga por ser objeto ilícito. El consentimiento de la víctima no es algo que pueda encontrarse en otros delitos: ofrecer al mercado una sociedad de violadores, no haría que las mujeres se encolumnasen solicitando participar como víctimas, y sin embargo se trata de una acción considerada placentera en sí, en otras circunstancias, podría objetarse que una cosa muy distinta es ser víctima de un delincuente, y otra cosa muy distinta, víctima del sistema. Porque exista un sistema que exige el consumo, ¿debemos suponer que el adicto consume drogas contra su voluntad? sería lo mismo que preguntar de que porque existe la pobreza, una de sus consecuencias, la prostitución, es ejercida contra la voluntad de la prostituta. No se puede llevar tan lejos la reducción de las causas y la posición de objeto que en ellas ocuparía el sujeto, porque sería desconocer totalmente su condición deseante y los diversos modos del goce. Estas condiciones, no son un adorno o un plus subjetivo agregado a la causación social (política o económica), sino una dimensión absolutamente independiente e irreductible, cuya realidad es revelada por la psicología. Se trata de la dimensión inconciente, lugar de la verdad del sujeto, más allá de todas las condiciones determinadas que se puedan enumerar, y que llegan como es sabido al infinito. Una cosa es la causa, que se encuentra en la estructura inconciente, y otras las condiciones, referida al consumo de los fenómenos discursivos, sociales, biológicos,

etc. hay que sostener aquí, que la compulsión al consumo no depende del objeto. Acentuar la maldad de la droga o sus atributos de adictividad, es desconocer absolutamente la función que cumple en la economía psíquica particular de un sujeto. En palabras de V. Korman: “la sociedad acompaña esta regresión copernicana del pensamiento. Entonces se piensa que la sustancia al entrar en el sujeto, terminó generando una enfermedad, la toxicomanía. Los efectos destructivos innegables que acontecen con el abuso de las drogas producen un velamiento de los determinantes subjetivos que llevaron a la adicción”. (López, 2007)

#### **4.6 La responsabilidad del adicto**

No admitir que el adicto sea solo una víctima de la droga o de la sociedad, permite desterrar el supuesto de haber encontrado la causa plena de la adicción en el “peligro” de la sustancia o en la “tiranía” del sistema, para encontrar la particularidad del deseo de un sujeto, cuya tendencia compulsiva le es absolutamente propia e intransferible. Pero, ¿Cómo compaginar lo general (la sociedad de consumo) con lo particular (el deseo del adicto), para no terminar reencontrando, en el otro extremo, el mismo pecado de reducción? La droga está prohibida, es ilegal, y es algo externo al sujeto. Pero al mismo tiempo, como dice Freud del incesto, a nadie se le ocurriría prohibir algo que no fuese deseado. Al mismo tiempo, y casi contrariamente, Freud dice que es la prohibición la que engendra el deseo. ¿Cómo replantear estas aporías? el psicoanálisis enseña que existe una prohibición originaria con respecto al objeto, tan originaria que antes que prohibición es imposibilidad. Esta condición faltante del objeto de satisfacción, hace que necesariamente el deseo se constituya en las vías del desplazamiento y del reencuentro en otro objeto. A cumplir dicha función se presentan una infinidad de objetos, propuestos por toda la organización de la oferta. La droga es uno de esos objetos que cuando resulta revestir, para un sujeto, alguna condición particular del objeto perdido, es adoptada como objeto de satisfacción, al que se retorna una y otra vez, en un inevitable fracaso del esperado reencuentro. Así leemos de Freud que el reencuentro es siempre fallido, y no hace más que alimentar el deseo -cuando es falta es resuelta simbólicamente-, o la compulsión, -cuando se impone la solución de lo real-. Esta respuesta, puesta aquí, explicaría porque la guerra contra las drogas estaría destinada al fracaso, mientras solo se piense en la nocividad del objeto y el control social, y no en la economía psíquica del sujeto. No refiere aquí a un fracaso debido a los

ingentes intereses económicos que se mueven en las sombras, sino el valor que ha adquirido la droga en el imaginario social y en el inconsciente de ciertos sujetos como sustitutivo válido del objeto imposible. Es la función que cumplen los objetos “letosas<sup>8</sup>” de los que habla Lacan. Así podríamos empezar a explicar porque a medida que la guerra contra la droga se hace más virulenta y universal, en consumo no solo se reduce sino que crece sin cesar. (López, 2007)

Para comprender algo del sujeto, debería estar la pregunta antes que por la causa de que haya tanta gente que se intoxica con sustancias, por el enigma de que haya tanta más gente que no lo hace, siendo que el tóxico ha sido definido por Freud como un exitoso quitapenas, remedio contra el dolor de existir, que hoy está al alcance de cualquiera. “El más crudo, pero también el más efectivo de los métodos destinados a producir modificación (la cancelación del dolor) es el químico: la intoxicación. No se cree comprender su mecanismo, pero es evidente que existen ciertas sustancias extrañas al organismo cuya presencia en la sangre o en los tejidos proporcionan directamente sensaciones de placer, modificando además las condiciones de nuestra sensibilidad de manera tal que impiden percibir estímulos desagradables, bloqueándolos. No solo se les debe la sensación placentera inmediata, sino también una muy anhelada medida de la independencia frente al mundo exterior. Los hombres y las mujeres saben que con ese quitapenas siempre podrán escapar al peso de la realidad, refugiándose en un mundo propio que ofrezca mejores condiciones para su sensibilidad. Sin duda hay en lo subjetivo algo muy particular y privado que concierne a la economía del objeto de satisfacción pulsional. Esto devuelve al interrogante planteado en el inicio de esta parte con respecto a la ambivalencia de la legislación sobre los consumidores. En verdad, esta ambivalencia se debe a la dificultad, inherente al Derecho como ciencia, para abordar la cuestión de la responsabilidad jurídica. El derecho no se siente en armonía con su objeto. El ser humano es su complejidad, agudiza en el campo de las adicciones, no es transparente en el momento de legislar o emitir sentencia. *Si para imponer condena se requiere la intencionalidad del sujeto, resulta muy problemático que la intención de delinquir esté presente en el acto de intoxicación: el adicto solo sabe cancelar el dolor.* Por lo tanto, el Derecho por reducir la responsabilidad al área de la instancia del yo metapsicológico. Precisamente aquí radica la diferencia entre el psicoanálisis y el

---

<sup>8</sup> Los objetos *a* tienen sus equivalentes proporcionados por la ciencia y la técnica, llamados por Lacan letosas en su Seminario XVII y gadgets en su Seminario 20. En el Seminario de “*La Angustia*”, particularmente en su cuarta parte. Es allí donde vamos a encontrar desplegadas las cinco formas del objeto *a*, las tres freudianas: oral, anal y fálica; y las dos lacanianas: escópica y vocal. (Gallegos, 2007)

Derecho, planteada por Freud en sus artículos “La peritación Forense en el caso Halsmann” y “La responsabilidad moral por el contenido de los sueños”. Freud lleva la cuestión hasta límites imposibles para el Derecho. Este límite, donde se sitúan por ejemplo los crímenes “inmotivados”, los cometidos “fuera de sí” y todo lo que sea involuntario) es la “roca viva” de la criminología. La idea freudiana es que el sujeto es responsable de todos sus actos, en la medida que “no habiendo sido inspirados por los espíritus malignos no pueden ser sino una parte de su propio ser”. Lo que dice Freud sobre los sueños comprende, con más razón, a la responsabilidad por toda la conducta en vigilia, aunque el sujeto la pretexe como involuntaria o de producto de un impulso ingobernable. El hecho de que la tendencia sea compulsiva o irrefrenable no lo hace al sujeto menos responsable por su deseo, aunque eventualmente haya sido declarado “inimputable”. Esto supone una extensión de la responsabilidad hasta abarcar el deseo del inconciente. El sujeto no es solo aquel “yo metapsicológico”, es también esa dimensión que aun siéndole ajena, lo determina en sus actos. (López, 2007)

Por su parte Lacan no se separa nunca de Freud cuando se trata de situar al sujeto en relación con la responsabilidad de sus actos. La siguiente afirmación tan fuerte en sus consecuencias, es apenas una entre muchas dispersas en su obra: “De nuestra posición de sujeto somos siempre responsables. Llámenla a esto terrorismo donde quieran. Tengo derecho a sonreír, pues no será un medio donde la doctrina es abiertamente materia de compromisos donde temeré ofuscar a nadie formulando que el error de buena fe es entre todos el más imperdonable”. En cuanto al psicoanálisis de hoy es obvio que él adhiere al respeto de la dignidad de las personas, pero en cuanto a los límites de su injerencia, respondemos con Freud: “el psicoanálisis dejará para el jurista la tarea de establecer para los fines sociales una responsabilidad arbitrariamente restringida al yo metapsicológico. Todos saben cuán difícil es injerir a esta construcción artificial consecuencias prácticas que no violen los sentimientos humanos. Más allá de que la justicia considere o no al adicto como un sujeto jurídicamente responsable, entendemos que es un flaco favor el que se les hace cuando, plegados de un cierto humanismo terapéutico, se tiende a desculpabilizarlo de sus actos. Aunque pueden, quizá, considerarlo como no responsable de su compulsión, en el sentido de que no controla lo inconciente, no pueden, sin embargo, considerarlo como víctima inocente por la realización de su deseo. El sentimiento de culpa, que en este caso no es la culpa neurótica ante el superyó, se convierte en la condición necesaria instalar la aceptación de la castración. Por lo tanto, el trabajo analítico propicia que el sujeto se haga

responsable de su deseo, y deje de considerarse como no culpable de su adicción. La acción analítica se orienta en todos los casos, pero más aún en éste, al cumplimiento del imperativo freudiano: Allí donde ello era, yo, sujeto, debo llegar a ser (Wo es war, soll ich werden). (López, 2007)

#### **4.7 Conciencia moral**

Es notable que, cuando una persona lee textos freudianos y está acostumbrado a su lectura, lo hace de una manera en la cual le parecen lógicas o normales ciertas cosas que después, prestando más atención, no suenan tan lógicas. Por ejemplo el mismo título de la “31° Conferencia: la descomposición de la personalidad psíquica”. El concepto de personalidad casi no aparece en la obra freudiana. Más aún, personalidad alude al conjunto idiosincrásico más manifiesto de un ser humano. Por otra parte al hablar de descomposición de la personalidad psíquica dan la idea de un todo unificado que se separaría, mientras que todo el concepto freudiano parte de algo que nunca estuvo unido y que nunca termina de lograr la unidad. Vale decir la teoría del conflicto y la teoría de la tópica plantean que nunca hay una verdadera unidad; lo que hay es un espacio común de realización y en su interior sub-espacios, pero estos sub-espacios no son el efecto de una separación sino el efecto de movimientos fundacionales diferenciados, con lo cual el título mismo es como una concesión a la psicología de la época, es como si uno dijera: “miren les voy a contar de algo que es tan ajeno que para que lo puedan entender se los voy a decir en los términos que ustedes conocen, voy a hablar de personalidad y voy a hablar de descomposición,”. Porque el concepto de descomposición si aparece desde fines del siglo XIX, sobre todo con la idea de la escisión histérica, y está presente, además, a partir de los conceptos de disociación psicótica de la época. Entonces Freud toma esto y de alguna manera se hace cargo del lenguaje de la época. Resulta interesante hacer una reflexión sobre esto porque indudablemente no es un concepto freudiano, es una noción de la época a la cual él va a hacer la deconstrucción a medida que avanza, sin decir “Miren, en realidad yo no creo en la personalidad, creo que la personalidad no existe, en realidad yo pienso que no se descompone sino que se articula algo, pero el título queda planteado así”, y durante años algunos leyeron sin pensar ese tipo de cuestiones, ni someter a una revisión crítica el título mismo del trabajo. Como hay una relectura en ese texto, es como parte de Freud mismo, del yo y el ello, porque él

intenta articular una suerte de explicación sobre el yo y ello para un público lego, era interesante como se va desplegando la idea. (Bleichmar, 2016)

La primera cuestión que resulta interesante, es por los debates respecto de la génesis de la patología psíquica, donde se dice que una cosa es que haya cambiado la psicopatología y otra cosa es que uno no acuerde con que ha cambiado la génesis de la patología mental, y cuando se dice la génesis refiere a la teoría explicativa que daría cuenta de por qué se produce la enfermedad mental. Porque parece inadecuado hablar de genotipo TOC, porque ya entonces tendría que reconocerse que hay un genotipo TOC, con lo cual una cosa es que haya cambiado la psicopatología y otra cosa es que haya cambiado la explicación o la psicogénesis de la patología. Y acá es donde comenta Freud: “el ser humano enfrenta a raíz del conflicto entre las exigencias de la vida pulsional y las resistencias que dentro de él se eleva contra ellas, y en ningún momento había olvidado esa instancia que resiste, rechaza, reprime, y que son las pulsiones yoicas”. Tomando este párrafo como ejercicio porque parece interesante lo que sigue: en primer lugar, la enfermedad psíquica es efecto de un conflicto de aspiraciones inconciliables. Estas aspiraciones inconciliables remiten a instancias inconciliables que son el ello, en este caso, o el inconciente, y las pulsiones yoicas. En este caso Freud no dice de autoconservación, sino de fuerzas represoras del yo, por eso parecía interesante marcarlo siguiendo la diferencia que hizo Laplanche (1996) entre pulsiones de autoconservación y pulsiones yoicas, donde las primeras en realidad no existen como tales sino que son las formas con las que el yo toma a su cargo la defensa frente al inconciente, y en ese sentido son pulsiones del yo y no pulsiones de autoconservación. A lo sumo uno podría decir que las pulsiones del yo son las pulsiones de autoconservación del yo y no del organismo. Más, se podría dar un ejemplo muy interesante al respecto. En el terremoto de México, en los edificios que cayeron –el Hospital del Seguro social fue uno de ellos, y además los que se derrumbaron eran sobre todo edificios de la corrupción que no tenían construcción antisísmica como corresponde a esa ciudad- hubo una cantidad de bebés que se salvaron y que los encontraron vivos entre los escombros después de varios días. No estaba la Difunta Correa para amamantarlos, las madres estaban todas muertas y los bebés no estaban prendidos de la teta. La pregunta es ¿porque sobrevivieron los bebés y no los adultos?. Las razones por la cual sobrevivieron eran dos: una porque el cuerpo del bebé tiene muchas más agua que el cuerpo del adulto, pero por otra parte porque los bebés no padecieron en stress y la angustia de muerte que padecieron los adultos, lo cual les

permitía mantenerse en estado vegetativo hasta que aparecía el hambre. El sufrimiento se produjo solo a nivel biológico por el hambre, no a nivel moral por la angustia de muerte. Mientras que, como diría Lacan, el ser en su estúpida existencia antes de ser atravesado por la representación y lo simbólico puede conservarse con vida en la medida en que no posee párrafo donde Freud plantea lo de las pulsiones del yo, que se puede decir que hacen la vicariancia en la defensa de la vida, pero que, al mismo tiempo tienen el rol paradójico de poner en juego la angustia de muerte. (Bleichmar, 2016)

#### **4.8 Crimen y castigo de la conciencia moral**

Se plantea en Freud una cuestión en la cual la cual concibe el superyó, él mismo dice: “Siento la inclinación de hacer algo que me promete un placer, pero lo omito con el fundamento de que mi conciencia moral no lo permite”. Acá está muy claro que está hablando del nivel conciente, el sujeto quiere hacer algo pero siente que moralmente sería incorrecto. “O bien la hipertrófica expectativa de placer lo movió a hacer algo contra lo cual elevó su veto la voz de la conciencia moral, y tras el acto ella castiga con penosos reproches, hace sentir el arrepentimiento por él. Se está hablando de la conciencia del acto realizado. Pueden darse cuenta que, no se está hablando de un deseo inconciente porque la idea que llevamos de una suerte de culpa ontológica tiene que ver con la creencia de que el deseo inconciente en sí mismo produce culpa. La pregunta sería: ¿los deseos inconcientes que nunca fueron transcritos en representaciones secundarias producen culpa, o solo producen culpa aquellos que fueron puestos en acto? Esto es muy importante –aunque parezca una pregunta medio bizantina- porque tiene que ver con la interpretación en el tratamiento analítico. Si se da por sentado que en el sujeto tiene que haber pensado algo, se va a interpretar de una manera, se va a interpretar como algo pensado culpabilizante desde el interior mismo. Si no se pensaría eso, si no se cree que sean así las cosas, se va a interpretar o no se va a interpretar. Más aún, uno de los problemas que se plantean es el siguiente: si el imperativo del superyó es hipotético o categórico, vale decir hipotético: “en el caso de... te pasará tal cosa”, o categórico: “de todos modos te pasará tal cosa”, “de todos modos serás castrado”. Esa es una cuestión interesante porque estaría planteando que el solo hecho de tener pensamientos inconcientes haría al sujeto culpable respecto al superyó, lo cual no quiere decir que lo haga responsable ante la ley por esto que está pensando. Justamente la



ciencia ficción ha jugado con eso, se recuerda una película donde había penalización a la posibilidad de pergeñar un crimen: *Minority report*, donde en una cultura del futuro, donde hay unos gemelos que son capaces de detectar las representaciones que el sujeto no formula, entonces se puede anticipar el crimen a partir de los pensamientos del criminal, cuestión que da cuenta de algo que es brutal y terrorífico respecto a la sociedad. No muy distante en ese sentido, sino llevado al extremo, el concepto de peligrosidad jurídica. El concepto de peligrosidad es estrictamente eso: es la definición de la potencialidad criminal a partir de sus acciones previas o su modo de funcionamiento, lo cual por supuesto es uno de los modos más brutales y persecutorios de generación del panóptico cultural.

#### **4.9 Complejidad**

Saliendo un poco de los paradigmas estrictamente psicoanalíticos, resulta interesante prestar atención a diferentes cuestiones que dan apoyo para comprender la problemática. Para lo cual se piensa importante las referencias teóricas que existen con respecto al paradigma de la complejidad. Primero, etimológicamente hablando, la palabra complejidad es de origen latino, proviene de *complectere*, cuya raíz *plectere* significa enlazar, trenzar. El prefijo añadido “com” significa la dualidad de dos elementos opuestos que se enlazan íntimamente en paradójica relación de lo uno y lo múltiple. Edgar Morín, fue filósofo e investigador científico francés, padre del pensamiento complejo en el siglo XXI, es un pensador profundo y crítico especialmente de las “revoluciones” intelectuales y científicas, de filosofías políticas y del marxismo. Según este autor, se está en la prehistoria del espíritu humano y sólo el pensamiento complejo permitirá civilizar el conocimiento. Su camino filosófico debe arribar a una revolución paradigmática, que le conduce a “reintegrar al hombre entre los otros seres naturales para distinguirlo, pero no para reducirlo. Se trata, en consecuencia, de desarrollar al mismo tiempo una teoría, una lógica, una epistemología de la complejidad que pueda resultar conveniente al conocimiento. Por lo tanto, lo que se busca aquí es la unidad del sujeto y, al mismo tiempo, la teoría de la más alta complejidad humana”. Para Morin debe estudiarse multifacéticamente cualquier aspecto de la experiencia humana, aplicando el pensamiento complejo multidimensional y dejando atrás el pensamiento simplista, por ser éste mutilante, reduccionista, disgregador, unidimensionalizante, manipulativa, dominante y oscurantista. En dicha concepción *la complejidad es el tejido*

*de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico, y que tiene como rasgos lo enredado, lo inextricable, la degradación, el desorden, la imprecisión, la ambigüedad, la incertidumbre, la contradicción, lo indeterminado y el azar, entre otros.* La complejidad aparece allí donde el pensamiento simplificador falla e integra en sí mismo todo lo que pone orden, claridad, distinción y precisión en el conocimiento. El pensamiento complejo concebido por el autor es un pensamiento que trans-disciplinariamente organiza, relaciona, asocia e integra los objetos de conocimiento, los restablece a su contexto, los reinserta en la globalidad a la cual pertenecen y los enlaza a la dinámica de la realidad de un país. El pensamiento complejo reviste las características o propiedades siguientes:

- a) Pensamiento abierto.
- b) Todo objeto de conocimiento sólo se puede estudiar en relación con su entorno (sistema).
- c) El todo es irreductible a la descomposición de sus partes: el todo es más y menos que la suma de sus partes; las partes no pueden tratadas por separado.
- d) Aspira al conocimiento multidimensional y a un saber no parcelado, no dividido y no reduccionista.
- e) Integra lo más posible los modos simplificadores de pensar, aísla todo lo que separa, religa, interactúa e interfiere, a la vez que rechaza sus consecuencias.
- f) Reúne orden, desorden y organización.
- g) Ayuda a revelar y superar la complejidad del desafío del mundo, de la naturaleza, del sujeto y la sociedad.
- h) Pensar complejamente como metodología de la acción cotidiana.
- i) Concibe el lazo inseparable entre observador y cosa observada, entre el uno y lo múltiple.
- j) Concibe la complejidad de la realidad antro-po-social en su micro-dimensión y macro-dimensión, respectivamente.
- k) Axioma: La imposibilidad teórica de una omnisciencia.

l) Principios: Incompletud e incertidumbre.

m) Permite civilizar el conocimiento humano.

n) Reconocimiento de lo inacabado e incompleto de todo conocimiento.

Morin señala: “Una de las conquistas preliminares en el estudio del cerebro humano es la de comprender que una de sus superioridades sobre la computadora es la de poder trabajar con lo insuficiente y lo impreciso; hace falta, de ahora en más, aceptar una cierta ambigüedad y una ambigüedad cierta (en la relación sujeto/objeto, orden/desorden, auto/hetero-organización. Hay que reconocer fenómenos inexplicable, como la libertad o la creatividad, inexplicables fuera del cuadro complejo que permite su aparición”. El pensamiento complejo constituye todo un método radicalmente diferente a la concepción clásica fundada en el paradigma positivista, que permite replantear todos los conocimientos constantemente y explicar el mundo, la naturaleza y la existencia del ser humano. Este pensamiento complejo constituye un método de construcción humano desde el punto de vista explicativo, es decir interpretativo y comprensivo retomando la explicación, cuantificación y la objeción. Así se empieza creando incertidumbre, interés y conciencia sobre los hechos y sucesos de la naturaleza, del sujeto y la sociedad y que mediante el razonamiento acude a la búsqueda permanente del porqué de las cosas y de los hechos que se observa en la realidad natural y social. El método del Pensamiento Complejo de Morin se basa en la teoría de la información y de los sistemas, de la Cibernética y en los procesos de auto-organización biológica y el orden a partir del ruido. El autor aplica el concepto de sujeto a toda la realidad viviente y el sujeto se caracteriza por su individualidad, autonomía y capacidad de “computar” o de procesar información; el hombre es el sujeto de mayor complejidad, así lo expresa: “*Ergo computo ergo sum*”. En su autobiografía intelectual titulada “Mis Demonios”, Morin revela: “Asumir la contradicción me llevó a asumir la complejidad y a elaborar el pensamiento complejo, a forjar la teoría abierta, a promover la racionalidad abierta”. En el Prólogo de su obra, Introducción al pensamiento complejo, señala: “Nunca pude, a lo largo de toda mi vida, resignarme al saber parcelarizado, nunca pude aislar un objeto del estudio de su contexto, de sus antecedentes, de su devenir. He aspirado siempre a un pensamiento multidimensional. Nunca he podido eliminar la contradicción interior”. El mérito central de dicha teoría como método es el “pensamiento relacional”. Este es una de las características distintivas del trabajo del filósofo francés Edgar Morin. El método consiste en el aprendizaje del pensamiento

relacional. Pero el mismo método no es simplemente un pensamiento, sino una actitud general hacia el mundo, la naturaleza, la vida, en resumen, hacia el propio conocimiento, hacia el tipo de relaciones políticas que establecemos con el mismo conocimiento. La complejidad se refiere a la condición del cosmos que a pesar de que el principio cuántico (todo interactúa con todo) lo integra en una realidad única es demasiado rico y variado como para ser entendido por rutas lineales simples, que no conducen ni a novedades ni a asombros. Algunas porciones del cosmos se entienden mediante dichas rutas, pero los fenómenos más intrincados sólo se pueden entender por sus patrones generales, pero no en detalle (Terrones 2017).

#### **4.10 Modelos de abordaje**

Cuando se desarrollan los modelos de abordaje utilizados para la interpretación de las prácticas éstos deben tener en cuenta principalmente la adecuación a la peculiaridad de cada sujeto, dado que no existe una forma única de abordaje. En su desarrollo y posterior articulación un primer paso podría ser centrarse en la dimensión psíquica de los sujetos sujetos a una droga, en los cuales, se puede encontrar una preponderancia del plano pulsional en el que se manifiesta un predominio del autoerotismo y el deseo permanece “narcotizado”. A esto se añade la compulsión de repetición al servicio de ligar psíquicamente un exceso de excitación que desborda la capacidad de ligar del aparato psíquico. Este desborde genera el desprendimiento de angustia automática que produce una sensación de desvalimiento, aplacada a través del acto compulsivo de consumo de droga. El principio de placer no funciona, ya que hay displacer en todas las instancias. En este sentido, con este tipo de sujetos no se trata de la interpretación de lo reprimido, ni de trabajar la resistencia. Lo resistido en acto requiere que la institución/terapeuta re-cree lo que E. Carpintero denomina un “espacio-soporte de la emergencia de lo pulsional” para permitir la necesaria ligazón psíquica. La función de palabra se encuentra devaluada, siendo necesario interpretaciones que se realicen en acto con el fin de ir instalando un espacio transferencial que permita el desarrollo de la cura. En este escenario el analista/institución debe implementar un dispositivo que permita el encuentro con lo resistido donde contener implica soportar la emergencia de lo pulsional para realizar la función de corte a la demanda de lo negativo. Como veníamos diciendo en líneas más arriba, otro movimiento consiste en descentrar las adicciones del objeto droga y poner el acento en la relación que ese sujeto tiene con la

sustancia y con el acto de drogarse, y en concordancia con esto, como llega a un espacio de tratamiento. Se sabe que una de las características es que por lo general la consulta no proviene de quien consume adictivamente, sino de sus familiares o amigos. En las entrevistas iniciales suele comprobarse que tal práctica no se constituye como un síntoma (psicoanalítico); esto es, el consumo compulsivo de drogas y/o alcohol no le genera al sujeto adicto ni conflicto, ni angustia. El malestar suele producirse en quienes rodean al sujeto en cuestión. Entonces uno de los objetivos de los modelos que se utilizan está dirigido a realizar un diagnóstico del sujeto y su familia. Una adicción se encuentra inscrita en las distintas estructuras clínicas y realizar este diagnóstico permitirá evaluar el tipo de abordaje y si el sujeto es agrupable. Armar la red de allegados y /o familiares con los cuales se trabajará y que permitirá el sostén del tratamiento, sobre todo en el comienzo, ya que como se señaló anteriormente, la demanda no proviene del sujeto afectado. Se estima que una vez realizado el diagnóstico y, tanto el sujeto como la familia, se comprometen formalmente a concurrir a todos los espacios indicados, se inicia el tratamiento que en salud pública por lo general está compuesto por la asistencia a un grupo terapéutico interdisciplinario, con los cuales se pauta la frecuencia de las sesiones para el sujeto y grupo de reflexión para sus familiares y/o allegados. En los modelos debe tenerse en cuenta la participación en un grupo de reflexión conformado exclusivamente por los hermanos y vínculos familiares que no se reduzcan únicamente a los padres. Antes del comienzo de la primera etapa es importante que quede claro el encuadre y el compromiso de los actores que formarán parte del dispositivo. Una cuestión a trabajar con los familiares es la complejidad y el tiempo que requiere un tratamiento, ya que suele ser habitual que se espere una remisión casi instantánea del consumo y por otro lado, la constancia (presencia) de la red en los espacios acordados, aunque el sujeto se ausente o tenga una recaída. En otra etapa el objetivo se podría focalizar en el trabajo para dejar de consumir o reducir los daños, en caso de que se opte por lo primero, en dicho periodo, cobraría relevancia el grupo que funciona al modo de un grupo operativo centrado en la tarea. Ésta consiste en lograr y/o sostener el compromiso de no drogarse. Cada integrante realiza el compromiso con los otros integrantes más allá de la figura del coordinador. La idea es que el grupo funcione como terceridad. Otro objetivo es la conformación de un grupo de pertenencia donde el sujeto hable y que alguien lo escuche sin recriminarle por consumir y que, a la vez, pueda transformarse en un espacio que se constituya en soporte del desborde pulsional disminuyendo la sensación de desvalimiento y que la angustia automática se transforme en angustia señal. Se incentivan desde la

coordinación los lazos de solidaridad entre pares que, por otra parte, lo habiliten a tener la experiencia de relaciones que no sean, ni destructivas, ni autodestructivas. Esta etapa suele terminar cuando empieza a dibujarse la demanda por parte del sujeto. (Barzani, 2010)

Posteriormente, se recomienda realizar un trabajo de estructuración del yo en tanto función de soporte de la muerte como pulsión que le permita al sujeto soportar “las penas de la vida”, dicho en otros términos, “el dolor de existir”. Aquí comienzan a descentrarse los relatos de las prácticas de consumo y lo central es que los integrantes del grupo puedan socializar sus miserias, que no las escondan, que puedan encontrarse con otro débil y desvalido. Allí se producirán identificaciones y también diferencias. Es frecuente escuchar la frase “en mi caso fue diferente...” Y por otro lado, la proyección de algunos rasgos propios rechazados en el otro que serán señalados desde la coordinación. Asimismo, si llegan a esta etapa significa que la práctica de consumo comienza a sintomatizarse y el sujeto empieza a plantear algunos enigmas, por ejemplo, la pregunta por el sentido de su adicción. En esta etapa comienza a tener más peso el espacio individual donde el sujeto, además, comienza a replantearse sus vínculos con los otros y con los objetos. Sin este trabajo, la abstinencia lograda sigue siendo lábil. En otra etapa, el trabajo sobre el superyó: que no esté ligado a la omnipotencia infantil, sino al ideal del yo. Transitar desde la “presión” a la “exigencia”. En la presión no hay distancia entre yo ideal e ideal del yo, se intenta llenar “ya” un vacío que no se puede llenar. En la exigencia está implícita la castración, es decir, que para resolver la situación problemática del sujeto requerirá atravesar momentos de dolor, esforzarse y que todo eso es “paso a paso”; conlleva un tiempo de espera. Es un trabajo que va de la pulsión de muerte libre a la pulsión de muerte ligada al Eros. De un “yo de placer purificado” que se rige por el principio de displacer-placer a un yo-soporte de las pulsiones de muerte. Este trabajo con el yo permite que el sujeto se encuentre con su “potencia de ser” para posibilitar un revestimiento narcisista del yo en una identificación sostenida en un proyecto como ideal del yo. Otra característica de este periodo es el trabajo con la responsabilidad del paciente, el final de tratamiento implicará que se vaya sin “reglamentos” aportados por el grupo o la institución, la decisión de las prácticas y conductas serán efecto de su dialogo interno. Al finalizar cada etapa el sujeto realiza una autoevaluación en la que a través del recorrido por diferentes aspectos de su vida reflexiona sobre los cambios que fue produciendo y los que ubica como objetivo para la etapa siguiente. Este trabajo permite ir registrando y

valorando diferencias en determinados lapsos de tiempo que no son ni “¡ya!”, ni infinitos. Por último cabe señalar que es imprescindible la reunión del equipo terapéutico donde se revisa permanentemente el dispositivo en relación al derrotero de cada paciente y desde el equipo tratante el eje transferencia-contratransferencia. (Barzani, 2010)

#### **4.11 Salud Pública**

¿Qué es la salud pública? Se podría definir la salud pública como salud colectiva, como un campo de prácticas sociales, conductas y el sentido de como esas conductas se inscriben. No es sólo una acción. Toda acción se produce desde una lógica de sentido y produce un sentido. Es imposible separar las prácticas del sentido. Los sujetos están producidos por instituciones de salud, como conjunto de políticas que buscan garantizar la salud de la población por medio de acciones dirigidas a la colectividad y al individuo, siendo uno de los componentes e indicador de las mejores condiciones de vida y bienestar del desarrollo del país bajo la rectoría del Estado y la participación responsable de todos los sectores y la comunidad. Para lograr la garantía efectiva de este derecho universal, la sociedad con la rectoría del estado y la participación organizada de todos los sectores debe desarrollar el conjunto tanto de conocimientos como de políticas requeridas para: la comprensión de los problemas que alteran el bienestar; la detección, prevención y control de las enfermedades; el acceso a los servicios de atención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y problemas de la salud; el control de vectores y factores de riesgo ambientales para la salud. Como misión de la salud pública es satisfacer el interés de la sociedad en garantizar las condiciones que permiten a las personas tener salud. La concepción de la salud y la enfermedad así como la concepción de la población ha ido cambiando y evolucionado históricamente respondiendo a los cambios políticos y sociales, por lo tanto, produciéndose un cambio respecto a las disciplinas que se incluyen respondiendo a la concepción de la salud. Teniendo la salud pública la función de protección de la salud; prevención de las enfermedades; promoción de la salud; restauración de la salud y la vigilancia de la epidemiología. Alicia Stolkiner en su texto “salud pública-salud mental” (teórico número 1, 26 de abril de 1989) sostiene que el primer gran equívoco es el término salud pública encierra el peso que hay por detrás de la conceptualización acerca de lo público y lo privado, sosteniendo que el subsector privado del sistema de salud es público, siendo que el

término privado hace hincapié fundamentalmente al acceso, que es del público pero no de cualquier público, y a la financiación aun así no puede afirmarse que una prestación en salud o un problema en salud sea "privado" en cuanto a la forma de atención que recibe. Este sector no es ajeno a la jurisdicción estatal. La autora también sostiene que el campo de la salud en cuanto práctica social, es un campo no homogéneo, en tanto espacio de debate ideológico y epistemológico. Adheriendo a una corriente cuya temática es fundamentalmente social (no bio-médica), considerando a la salud una noción a construir permanentemente junto con sus prácticas, ya que no existe una definición científica para la salud, considerando la definición de salud como una definición teórico-ideológico-político, como definición historizada. (Maldonado, 2008)

La definición más conocida de salud pública, señala que es ésta una rama de la medicina cuyo interés fundamental es la preocupación por los fenómenos de salud en una perspectiva colectiva, vale decir, de aquellas situaciones que, por diferentes circunstancias, pueden adoptar patrones masivos en su desarrollo. En 1920, Winslow definió la salud pública en los siguientes términos: "la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud" Posteriormente, Winslow cambió el término "salud física" por el de "salud física y mental". (Maldonado, 2008)



# Capítulo V

## 5. Metodología

### 5.1 Área de estudio

Las técnicas fueron aplicadas en dos ciudades de la provincia de Santa Fe, por un lado en Rosario que se caracteriza por ser el centro de mayor concentración poblacional y económico con una población de 1.198.528 habitantes (en 2010), representando un 37,4% de concentración de la población provincial y por otro lado en la ciudad de Villa Ocampo que cuenta con 19.026 habitantes en el área urbana y también con 6.000 habitantes esparcidos en la zona rural, por lo que la población total del distrito se estima en 25.000 habitantes (INDEC, 2010). Dicha provincia engloba nuestra área de estudio, es una de las 23 provincias (autogobernadas o de primer orden) que hay en la República Argentina. Limita al norte con la Provincia del Chaco, al este con las de Corrientes y Entre Ríos, al sur con la Provincia de Buenos Aires y al oeste con las de Santiago del Estero y Córdoba. El censo nacional 2010 estableció una población de 3.200.736.

### 5.2 Tipo de estudio

Se realizó una investigación no experimental, transversal, exploratoria y descriptiva, ya que no hubo manipulación de variables, se observaron los fenómenos en su entorno natural sin introducir ningún tipo de modificación; el estudio constituye un primer acercamiento al problema con la intención de indagar y describir los hechos tal y como son observados mediante la recolección de datos en un corto lapso de tiempo (Sampieri, Collado y Lucio, 1991).

### 5.3 Unidades de análisis

#### **Población**

La población considerada para nuestro estudio fueron los profesionales abocados a problemáticas de adicciones que trabajan en el sector público de la provincia y residen en las ciudades de Villa Ocampo y Rosario.

## **Muestra**

Se trabajó con una muestra no probabilística de disponibilidad de seis profesionales (4 de la ciudad de Villa Ocampo y 2 de Rosario) de diferentes edades y géneros con experiencia en el desarrollo de dispositivos de abordaje a toxicomanías.

### **5.4 Técnica de recolección de datos**

En el presente trabajo se consideró que la recolección de datos se debía realizar principalmente a través de la aplicación de entrevistas semi-estructuradas las cuales cuentan con: una previa definición y descripción de los ejes que sobre los cuales se desea indagar para orientarnos hacia los objetivos, y posteriormente, en íntima relación con estos, se desarrollan puntos temáticos y preguntas que se despliegan de acuerdo al cómo se desenvuelve cada entrevista particular, de manera que dan libertad discursiva en el momento en que responden y hablan los profesionales entrevistados dando la posibilidad de ahondar y/o ampliar sobre lo hablado, y al entrevistador en el modo de transmitir la idea que desea conocer.

### **Instrumento y procedimiento – Entrevista semi-estructurada**

Se citó a profesionales de Salud Pública a realizar entrevistas, las cuales, a nuestro parecer adquirirían, por momentos, una orientación hacia las consultas. En el encuadre de la entrevista se les informo sobre el anonimato y resguardo de su identidad a menos que de modo contrario ellos deseen que sus nombres aparezcan en los anexos donde se adjuntarán las transcripciones de lo hablado. Posteriormente también se les informó que en el caso de las instituciones, que se podrían nombrar durante el espacio discursivo de entrevista, dependiendo el carácter y lo que decida el profesional entrevistado, se cambiara el nombre original por monovalente o polivalente según el tipo específico.

## **Ejes de la entrevista**

- ❖ Profesión. Especialización. Años de servicio en el sector de salud pública de la provincia de Santa Fe.
- ❖ Experiencia en atención a problemas de adicciones en el sector público de la provincia.
- ❖ Modalidades de abordaje. Herramientas para el abordaje a problemáticas de adicciones a sustancias tóxicas.
- ❖ Problemas que se presentan en el trabajo con adictos a tóxicos. Resultados.
- ❖ Visión referente a las causas de adicciones a sustancias tóxicas.

## **Puntos temáticos y preguntas**

- **Profesión. Especialización. Años de servicio en el sector de Salud Pública de la provincia de Santa Fe.**
  - Hace cuánto tiempo realiza su profesión. Cómo la eligió.
  - Otra profesión a la que se dedica...
  - Posteriormente se especializo o realizo estudios de formación académica. ¿Cuáles?
  - Hace cuánto tiempo trabaja en Salud Publica.
  - Porque decidió trabajar en el sector de Salud Pública.
- **Experiencia en atención a problemas de adicciones en el sector público de la provincia.**

- Con que frecuencia se encuentra con la necesidad de realizar abordajes para adictos a sustancias toxicas.
- La demanda disminuye o se acrecienta. Podría puntualizar algunas causas para su aumento o disminución.
- Quienes son los más afectados según lo que ve en el sector Publico.
- **Modalidades de abordaje. Herramientas para el abordaje a problemáticas de adicciones a sustancias toxicas.**
  - Cuáles son las modalidades para abordar problemas de adicciones a sustancias toxicas que conoce.
  - Que modalidades se intentan implementar aquí. Y como se configuran.
  - Le agregaría o sacaría algo a los modelos que aquí se buscan implementar.
  - Con que herramientas cuentan a la hora de desarrollar dispositivos y realizar abordajes para intervenir en dicha problemática.
  - Algunas diferencias para abordajes en adolescentes y adultos.
- **Problemas que se presentan en el trabajo con adictos a tóxicos. Resultados.**
  - Cuáles son los problemas con los que habitualmente se encuentran a la hora de desarrollar un dispositivo.
  - Los sujetos adictos a sustancias toxicas presentan mayor resistencia a los tratamientos en comparación con otras patologías no psicóticas.
  - Como cree que vive la familia y el entorno el problema de quien tiene la adicción.
  - Que recursos brinda el sistema de salud para abordar estos problemas.

- Crees que el sistema de salud pública actual presenta fallas. Cuáles.
- Cuáles son los objetivos. En qué medida se logran los resultados buscados en los abordajes
- **Visión referente a las causas de adicciones a sustancias tóxicas.**
- Desde sus paradigmas, como cree que se constituye una adicción a sustancias tóxicas. Cuáles serían sus causas.

### **5.5 Consideraciones éticas**

La investigación fue guiada por determinados principios, entre ellos los que están orientados al resguardo de la identidad y privacidad de sujetos que participaron, así como también la paridad de ellos/as, para lo cual, en los momentos de entrevista se informaba sobre el anonimato, a menos que ellos deseen que sea de manera contraria y que su nombre y apellido aparezca anexado, lo cual fue contemplado, se informó que dependiendo el carácter que adquiriera la entrevista en los momentos que se nombran instituciones, podríamos vernos en la normativa de suplir el nombre enunciado, aclarando únicamente si se refiere a una institución monovalente o polivalente. Durante la recolección de datos, y en general, se tomó a la totalidad de la población con igual peso en el desarrollo. Los fines con los cuales se investiga también fueron informados, siendo en este caso, principalmente, la producción de conocimiento académico/científico y construcción de una tesis de grado. Antes de cada entrevista se preguntó si se las podía grabar. La muestra seleccionada representa la aceptación voluntaria de participación, el consentimiento informado, basado en la información completa sobre el proceso de investigación. Posteriormente a la realización de cada entrevista, éstas fueron transcritas y enviadas vía mail a los sujetos participantes para que corroboren por segunda vez la posibilidad de adjuntarlas en los anexos de la investigación.

## Capítulo VI

### 6. Análisis de datos e interpretación de resultados

A raíz de la exploración, se siguió las líneas discursivas de los profesionales de Salud Pública, de tal manera, los datos, indican que estas son llevadas a la práctica, o sea a su aplicación por parte de ellos, ensamblados y articulados de acuerdo a la demanda que se construye para poder cumplir con los objetivos que se proponen, profesionales y equipos. En Aproximación a las modalidades, dichos profesionales visibilizaron situaciones en las que, gobernaba y predominaba, en la formulación del plan de abordaje, un bio-control, esto sería, por la aplicación de métodos hegemónicos, donde tanto la/s causa como la/s solución del problema se reducen a la biología de la persona, y la peligrosidad del tóxico, no se tiene en cuenta por ejemplo lo subjetivo y lo social implicado en la problemática de adicción. La supremacía de los medicamentos/fármacos es por excelencia un elemento clave de esta clasificación, otro podría ser la desintoxicación: al adicto hay que desintoxicarlo, intentar hacer que elimine por completo la sustancia ingerida porque eso lo está dañando, hay que hacerle un lavaje de estómago, como lineamiento (pág. 125). Otro elemento que se presentó aquí fue el castigo y la necesidad extrema de abstinencia (pág. 72). El castigo en caso de que por ejemplo, si vuelve a consumir, se busca el método de castigarlo con la idea de que eso ayudaría a que se “cure” que no consuma más, y como parte del tratamiento, la prohibición de la sustancia es en relación a este punto, se le prohíbe la sustancia en muchos casos encerrándolo sin su consentimiento y sin una evaluación y análisis de los daños que esa acción podría tener en el sujeto.

Dentro de las características de este modelo el aislamiento del sujeto con sus vínculos se vuelve necesario por periodos de tiempo, lo cual se realiza a través de internaciones, llevando esto a que el peligro se encuentre más dentro de la institución, por la aplicación de bio-métodos, que por fuera donde el sujeto consume sustancias pero con menos riesgos ya que si bien el tóxico es potencialmente dañino, también lo refugia de las penas, recaídas, cuadros de abstinencia severa o de sobre-medicación que podría recibir dentro de la institución llevándolo a la muerte como en casos comentados en la entrevista 6 pág. 125. En este sentido, las internaciones no son tomadas como último recurso, sino que frente a la persona que consumió el personal que maneja esta forma de

actuar, por haber consumido cocaína solamente, por ejemplo, ya cree necesaria la internación y posterior aplicación de su hegemonía medicamentosa y moral. No niegan los casos en los cuales es necesario la aplicación de fármacos para estabilizar a la persona que llega con un cuadro de intoxicación aguda con riesgos, intensa excitación psicomotriz, etc., digamos, donde representa un peligro para sí o para terceros, lo que intentan hacer notar acá es el gobierno de una práctica sobre otras que no articula, y toman al abandono del consumo de sustancias como vía única e inmediata para cumplir con el ideal de salud aplicando recursos que muchas veces son nocivos y hasta letales para los sujetos adictos.

Más que una mala praxis denota un modelo (pág. 91), el cual es, no solo aplicado por integrantes de las instituciones, sino que también en muchos casos la sociedad es la que exige que sea así, en una de las entrevistas realizadas, y que se encuentra en los anexos (pág. 92), una profesional comentaba como en muchos casos la familia se queda tranquila con la medicación que se le da al paciente, en otra entrevista (pág. 104) un profesional plantea que hay dos tipos de objetivos siendo uno de ellos el cese total del consumo, objetivo muchas veces no deseado o imposible de cumplir por el paciente, pero que sí es, muchas veces, exigencia social y profesional. Por otro lado, no está de más hacer recordatorio de que los equipos de salud se conforman alrededor de un profesional médico, o por lo menos en las instituciones visitadas, esto no garantiza este tipo de abordajes, puede existir burocracia, un uso de poder, pero los equipos son conformados de esta manera, y en muchos de los casos logran conectarse y comunicarse de tal forma que los resultados son positivos y reducen el daño, hoy en día podrían ver a los propios médicos luchando contra esta hegemonía, cuestión que no quita la posibilidad de que se tornen las cosas hacia el sentido contrario y desde un solo saber.

De manera más amplia, hay abordajes que en los que la integración entre las esferas bio-psico-social se torna necesariamente una condición. Esta forma de pensar los abordajes permite poner por caso, como lo dice una profesional de psicología en la entrevista 6, pág. 120, “si vos no estás bien socio-económicamente es muy probable que tengas un montón de preocupaciones y malestares emocionales” acentuando la condición de sufriente. Dentro de la integración a la que se hace referencia, el personal que trabaja en la/s institución, sin necesariamente tener formación académica en salud, podría acompañar el desarrollo de un dispositivo, o sea, no es ajeno a lo que acontece y su compromiso en un rol, organizado de manera grupal, va también articulando la modalidad para la posterior aplicación del dispositivo.

Así también se tiene en cuenta los vínculos más allegados del sujeto, en este sentido hablan de familiares, amigos/as, y todas aquellas personas que forman parte de su círculo; el trabajo se torna difícil cuando estos no acompañan y es una institución la que debe cumplir estas funciones. Las veces que se realice un abordaje con tendencia abarcativa, el tratamiento que se lleve a cabo también lo deben realizar dichas personas vinculadas, de manera individual y grupal, siempre y cuando las condiciones lo posibiliten. Entonces los vínculos para un abordaje de adicciones, como lo dicen los y las profesionales de Salud Pública, se torna clave a la hora de la construcción de un modelo teórico que sirva de referencia en la práctica. No está de más aclarar que no se consideraría un trabajo de salud, o por lo menos en estos tiempo, la realización de tratamientos que no estén orientados al logro de la autonomía del sujeto, esto es a través de trabajos que posibiliten la no cronificación de las internaciones, externaciones, y tratamientos ambulatorios. Así es que no solo se busca articular con otras personas, sino también con otras instituciones que suplanten la falta de recursos (como por ejemplo espacio o personal), en algunos casos esta necesidad que se buscaban por fuera del lugar donde el sujeto era inicialmente abordado por profesionales, hacía que se salga de la provincia de Santa Fe para encontrar esa ayuda, hay ejemplos de articulaciones con la ciudad de Corrientes (pág. 102).

La llamada “lógica de reducción de daños” (entrevista 2, pág. 81) implica una política no abstencionista dentro de la problemática de adicciones, en este sentido no hacen referencia a la fomentación del consumo de drogas, sino un modo de abordaje que no prohíbe la sustancia limitando los riesgos posibles. En una perspectiva más amplia, no específicamente de adicciones pero que es aplicable a esta; comentaba una psicóloga como en un abordaje a una escuela, se les propuso a los alumnos que se graduaban colocar dispensers, para que cada tanto se tomen un vaso de agua “ese era como el lema” (entrevista 6, pág. 121), no se prohíbe que tomen alcohol pero si se fomentaba, a través de esa lógica, que se cuiden aminorando los daños. Por otro lado, también se puede ver que este método en parte de los entrevistados no es aceptado como algo que se aplicaría en todos los casos, se reconoce, en mayor medida, tanto la subjetividad singular (referente a la dinámica del deseo y del goce), con las determinaciones del contexto (productoras ellas mismas de una subjetividad social) y la modalidad cambiantes de los objetos a elegir. “Reducir daños, es una palabra linda y mas te diría ese objetivo que si te lo propones tenés que estar muy atento y saber que todos los dispositivos caen” (entrevista 5, pág. 117), de esta manera hablaba un



psicólogo con respecto a la reducción de daños, el análisis del caso particular a veces demanda realizar un abordaje diferente, como ejemplo podemos poner el caso del paco, sustancia que por el gran daño en el organismo del sujeto muchas veces debe ser y es privada en la persona que consume, o cualquier otro tipo de sustancias que tengan alto potencial de nocividad, así también en los abordajes a otros tóxicos como por ejemplo la cocaína o alcohol, el término aquí trabajado es muchas veces un objetivo que se plantean los profesionales, de tal modo que estos se pueden ir reconfigurando de acuerdo al caso y a cómo avanza el tratamiento, sus vínculos, el deseo, etc. entonces quizá no se busca más reducir los daños sino que, en caso cualquiera podría también ser un objetivo dejar de consumir (y sí que lo es), de esta manera habló una médica neuróloga en la entrevista 3, quien, en la institución donde trabajaba, cumplía la función de ayuda a través de lo farmacológico (pág. 95).

Siguiendo las líneas que marcan los profesionales en los datos presentes de las entrevistas, se comentó que, hay casos en los cuales el equipo puede realizar un abordaje extendido en el tiempo, sea con lógica de reducción de daños o con internaciones en las cuales se medica a los cuadros de abstinencia que se producen y se realiza un seguimiento al sujeto con intervenciones terapéuticas particulares y familiares, con distintos profesionales, etc., pero también suelen aparecer los casos en los cuales llegan personas a la guardia refiriendo y comentando una problemática con sustancias tóxicas, o drogas como se lo quiera llamar, situaciones en las cuales no se puede realizar un abordaje porque quizá el sujeto por diversas razones no puede sostenerlo, o no hay algo que lo movilice lo suficiente como para iniciar un tratamiento del cualquier tipo, en esos casos en los cuales existe una consulta única, pero a través de lo que dice quien consulta un profesional puede realizar un diagnóstico que dé con una adicción, a veces las personas mismas son las que se auto-diagnostican en este sentido, llegan a la guardia de un hospital refiriéndose a su problema con respecto al consumo, llegan y dicen -no puedo dejar de consumir, lo que consumo me está haciendo que me quede solo, no puedo manejar los vínculos o entablar conversaciones cuando estoy en estado de intoxicación y es algo de todos los días- pero a pesar de su comentarios o confesión de sufrimiento quienes consultan no siempre siguen buscando ayuda dentro de las instituciones, lo hacen solo una vez. En estos casos particulares en los cuales el sujeto consulta solo por única vez y que es bastante habitual recibir este tipo de demandas breves, el trabajo se ve acotado a ese momento, lo que hace que los profesionales adopten una postura diferente, también es en el caso en los cuales a los

sujetos se los deriva a otra institución para la atención, podría ser porque no se cuenta con los recursos suficientes o porque esa es la función que dé ante mano se plantea con el equipo. El discurso profesional en estos casos debe estar orientado a técnicas como la producción de preguntas en quien consulta, que se pueda formular algo diferente a lo que se viene pensando, al respecto un recorte (de la entrevista 2, pág. 87) que nos indicó esta idea: “está bien que son problemáticas súper complejas, pero yo te puedo decir lo que para mí significa tener algún resultado positivo, yo, cuando un paciente que me ve aunque sea por una única vez a mí, puede pensar algo distinto y se puede hacer alguna pregunta, yo creo que ahí algo ya es distinto, aunque después la persona siga consumiendo con los mismos niveles de consumo, no los cambie, independientemente de eso”. A modo teórico, dice un profesional que una manera de pensar las adicciones es en relación al discurso, A significaría: no y Dicción significa: discurso; o sea es lo que no se puede decir, lo que no se puede poner en palabras (pág. 116).

Los abordajes, más allá de las conexiones con otros sujetos, deben tener en cuenta lo que implica la problemática, esto sería también la constitución en relación a la sociedad de consumo, la exigencia y el empuje que hay hacia este, como los mecanismos estructurales que están por detrás y hacen que se posibiliten compulsiones y la necesidad extrema de consumir o la dificultad de no poder dejar de hacerlo. Entonces esto es algo que se articula con lo dicho en párrafos anteriores con respecto a la estrategia que a veces se adopta para abordar conflictivas en sujetos a los cuales se los ve por única vez, se aclara aquí que si bien se articula con esto en todos los abordajes es algo que se debe tener en cuenta, pero se cita aquí porque indicaría un movimiento necesario, la cuestión de intentar introducir algo diferente, algo distinto a lo que se venía diciendo y pensando, es un pequeño cambio, que si bien muchas veces no muestra resultados aparentes y más en los casos que el sujeto hace una visita en la consulta por única vez, se intenta introducir algo que porta un potencial para la reestructuración y/o reordenamiento del pensamiento. Cuando se hace relación a estas cuestiones la referencia es hacia una especificidad psicológica, que no significa que lo cumple solamente el personal de psicología, pero habitualmente otras disciplinas dicen cosas diferentes, la medicina tendrá su discurso, la deshabituación del consumo, la psiquiatría, la asistencia social marcaran cosas distintas, pero para los psicólogos, alguien que no puede parar con lo que muchas veces se piensa como una conducta destructiva (ceder a la pulsión de muerte) y en un momento pare y se haga una pregunta distinta en relación a eso a causa de una intervención estaría marcando un terreno propicio para que sucedan

otras cosas (pág. 87). Y estas otras cosas también están en dependencia con el contexto, con la realidad socio-política, con la situación económica, que posibilidades permiten esas otras cosas, que posibilidades se le brinda a un sujeto que demanda para poder construir e interpretar diferente a como lo venía haciendo. A veces el contexto empuja tanto que por más que el sujeto se siente tres o cuatro veces por semana con un psicólogo, después la realidad empuja distinto, “el pibe vuelve al barrio y en el barrio sigue habiendo tiros, sigue habiendo narcotráfico, sigue habiendo compra y venta de drogas a 20m de la casa, los padres siguen sin tener trabajo, son muchas problemáticas juntas que confluyen” (entrevista 2, pág. 88).

Lo expuesto en esta parte del trabajo es una aproximación a los modelos, ideas generales que brindaron profesionales de Salud Pública con respecto a las diferentes formas que se adoptan para poder llevar a cabo la práctica. Los dispositivos se configuran en relación a esto, se toman estas líneas dependiendo el caso particular y la modalidad de los profesionales, son ellos quienes seleccionan de acuerdo a su perspectiva y a la problemática. Por otro lado, en cuanto a los problemas de la subjetividad en general, una psiquiatra entrevistada (entrevista 1, pág. 73) refería a como estos métodos que se utilizan para abordar toxicomanías (o adicciones como se lo quiera llamar) se aplican a casos variados que no tienen problemáticas de consumo sino otros tipos de patologías, lo que se quiere decir es que no se deben reducir única y específicamente a problemas de lo que consideramos como adicciones, sino que para gran parte de los profesionales el abordaje desde algunas de estas perspectivas es necesaria en todos los casos, se coincide (ellos coinciden) con esa mirada ya que la misma ley de Salud Mental y Adicciones que está vigente actualmente, guía y ampara a la hora de pensar los tratamientos, haciendo referencia a lo interdisciplinario, la importancia de los lazos sociales, el respeto por las dediciones de otro y demás cosas que representan los profesionales a la hora de comentar acerca de las modalidades de abordaje. Así es el caso de que a modo de ejemplo reducción de daños podría ser cepillarse los dientes todos los días, y la necesidad de discurso importante en todas las personas, somos sujetos hablantes. Algo que se añade a esta cuestión, es que la problemática de adicciones muchas veces se la ve en comorbilidad con otras patologías, lo que empuja y hace necesario el hecho de que no se reduzca la problemática al consumo de drogas sino que debe ser ampliada tanto patológicamente como también desestigmatizada, con un corrimiento de lo moral desde lo ético y esto marcaría algo más que debería agregarse para el desarrollo de cualquier dispositivo de abordaje.

En el desarrollo de los dispositivos los profesionales explicitaron diversas problemáticas referentes a sistemas actuales de organización y gobierno, así comentaba una profesional (en la entrevista 1, pág. 67) que: “el neoliberalismo en los años 90’ dejó o inició un proceso de aumento de la demanda por consumo de sustancias de manera progresiva, la mayoría de los trabajadores de la institución en la cual trabaja, en el año 2004-2005 dentro de las asambleas o en las plenarias que hacían se planteaba a los directivos de las instituciones empezar a construir políticas de asistencia a personas con problemáticas o uso problemático de sustancias porque veían que la demanda crecía de manera exponencial, y sobre todo la demanda de asistencia de personas jóvenes (menores de 21 años o una franja etaria entre los 15 y los 30 años) con ya efectos residuales o alteraciones residuales neurológicas por el uso de sustancias. En toda esa etapa del neoliberalismo el uso estaba muy sostenido sobre todo en sustancias como el poxiran, los pegamentos de todo tipo, esa demanda fue creciendo, se empezó a vislumbrar algo de políticas públicas en el año 2009-2010 sobre todo en abordajes ambulatorios”.

Otras problemáticas sobre las cuales comentaron son:

- estado de crisis actual en la Argentina;
- vestigios de las hegemonías psiquiátricas (porque siguen con alguna de esas cualidades o porque se les otorga y exige que ocupe ese lugar dificultando diversos factores como podría ser la integración del equipo interdisciplinario), y la proliferación de los psicofármacos;
- la no integración de algunos profesionales al equipo (ejemplo: un sector profesional que se asila y trabaja de manera independiente);
- que no se puedan poner de acuerdo los integrantes del equipo a la hora de abordar las conflictivas;
- utilización del castigo como método;
- problemáticas particulares de índole social, familiar, habitacionales, económicas y laborales;
- en trámites de internaciones en los casos que se considere necesario y de derivaciones;
- partidas presupuestarias bajas;
- derogación de 3 artículos de la ley por parte del Director Nacional de Salud Mental quien no estaba de acuerdo en adherir a la ley de salud mental;

- agotamiento físico y mental por jornadas de trabajo extensas en los profesionales de Salud Pública;
- en los abordajes a adultos con problemáticas de adicciones se puede presentar con más frecuencia la falta de lazos sociales/familiares (en tal caso una institución debe cumplir esa función y orientar el trabajo hacia la reestructuración de dichos vínculos);
- basarse en paradigmas reduccionistas;
- no correrse de posiciones moralistas y que porten prejuicios;
- la no capacitación de profesionales;
- reducir la problemática a una cuestión de salud sin lograr articulaciones con otros sectores como por ejemplo boliches, instituciones policiales, etc;
- falta de profesionales de salud;
- demora en los turnos para atención;
- historias clínicas mal formuladas sin un seguimiento de los pacientes;
- infraestructura inadecuada para la atención, en cuanto a la calidad y al confort del espacio (condiciones mínimas de privacidad) en algunas instituciones;
- prejuicios sociales;
- poner la mirada solamente en las fallas;
- caer en el lugar de la transferencia de dependencia del paciente hacia el profesional, ya sea el personal de salud o la institución de salud por así decirlo, que la intervención surja como una manera de calmar a través de satisfacer las necesidades del paciente;
- accesibilidad a prestaciones o servicios, más en los lugares alejados que son más inhóspitos, como los pueblos de zonas rurales.

Con lo expuesto hasta el momento se puede comenzar a notar como algunas problemáticas denotan limitaciones que se imponen en la configuración y aplicación de los dispositivos para intervenir los casos de adicciones en adultos. Podrían distinguirse dos tipos, algunos de ellos no son trabas en el desarrollo, sino que posibilitan un mayor alcance terapéutico, un ejemplo sería el de la transferencia de dependencia, si el dispositivo se configura de manera tal que se debe evitar ese tipo de transferencia, los/as profesionales estarían determinando un límite que permite mayor alcance. La otra parte indican lo contrario, si se pueden interpretar como trabas en el desarrollo, y es acá donde intervienen problemáticas que se observan en el sistema de Salud, como el caso de no poder trabajar con médicos porque están en desacuerdo con los lineamientos de

salud mental, entre estas problemáticas y las sociales se encuentran problemáticas intersectoriales, como no poder trabajar con otras instituciones (lo policial, escuelas, etcétera). Otros límites están en relación más directa con lo social, dicho de otra manera, para la Salud Pública las problemáticas de la subjetividad tienen un trasfondo social (pág. 106), lo social es algo que debe ser abordado, esto sería situaciones de pobreza, marginación, crisis económica y toda la gama de prejuicios existentes a las drogas y a los adictos/a. Las problemáticas subjetivas singulares, según lo dicho por entrevistados, no deberían representar límites, sino que son construcciones que nos muestran una discontinuidad y por lo tanto lo particular de cada sujeto (dinámica del deseo y goce), los profesionales se encuentran con situaciones en las cuales no hay cooperación de familiares, muchas veces ellos se oponen a los métodos, hay mecanismos defensivos como negaciones, etc.

Comentaba un profesional la importancia de correr la mirada de las fallas, o sea, a pesar de que el sistema las tenga, y son muchas, también es importante observar los logros (mirar hacia atrás y observar los avances logrados), por lo dicho, un dato que resulta importante extraído de la entrevista 4, pág. 106, es que en 2010-2011 “el Ministerio de Salud Pública de la provincia de Santa Fe había propuesto dos planes, podríamos decir dos sistemas de planificación de lo que pensaba en relación a la Salud Mental. Un sistema o una planificación en uno de estos programas se llamaba Introducción de la Subjetividad al sistema de APS, es decir al sistema de atención primaria de la salud, ¿Qué quiere decir esto? Que había observado que el sistema hasta ese entonces solamente abordaba el dato biomédico, por ejemplo, una persona consultaba a la guardia del hospital, no tenía algo evidente desde el punto de vista biológico y el sufrimiento mental o el sufrimiento subjetivo que lo traía a la guardia no era visto, por ejemplo la persona podría haber tenido un intento de suicidio o ideación suicida, se abordaba eso y terminó. Ese plan consiste entonces en que cada una de las ciudades pequeñas y en cada uno de los pueblos de la provincia de Santa Fe empezó a haber un psicólogo, este psicólogo trabajaba como una especie de apoyatura a eso que ya existía que era el abordaje médico. Entonces ahí cuando el médico atendía y veía algo que excedía a su práctica solicitaba interconsultas a un psicólogo”. A nuestro modo de ver acá hay un avance algo que demuestra una mayor extensión, continua: “¿había todo?, ¿psiquiatras en todos lados? No... ¿había en todos lados un dispositivo que pueda brindar atención en adicciones? No... pero había en ese entonces por la presencia de un psicólogo, la posibilidad de al menos empezar a diagnosticar, a observar

que había allí al menos una problemática digna de ser abordada, entonces, debido a eso, lo que antes era expulsado del sistema de salud, por ejemplo -usted no tiene nada, váyase-, -aquí no se la puede atender por eso-, desde ese momento, quien tiene una dificultad, que podría ser atendida, si aquí no podemos atender, por ejemplo si aquí en Villa Ocampo no podemos atender esto, bueno, pero sabemos que tiene una problemática vamos a derivar a Reconquista”. El otro plan del cual comentaba en la misma entrevista era uno que se llamaba: Construcción de dispositivos sustitutivos a las lógicas manicomniales. “Hasta ese entonces, como no había psicólogos en todas las ciudades y en todos los pueblos, es decir en cada uno de los centros de atención primaria, en cada uno de los hospitales, todo lo que caía y que tenía una dificultad en salud mental muy evidente era derivado inmediatamente al manicomio o al neuro-psiquiátrico de Santa Fe, es decir de referencia. O sea, una persona que tiene una problemática en salud mental aquí, lejos de ser abordada aquí, inclusive en atención primaria, rápidamente es metida en una ambulancia y llevada a 400km. Entonces si bien hoy comentamos acerca de las dificultades que el sistema puede tener, pero opino que también es muy importante ver las ventajas o los logros, ¿qué logro tenía? A este modo de ver, en ese momento que el gobierno, el Ministerio de Salud Pública de Santa Fe, tendió una especie de red, es decir la posibilidad de que en cada uno de los centros de atención primaria o de los hospitales de las localidades, cuenten con la posibilidad de una mirada psicosocial además de la biomédica que ya existía”. Los cambios de paradigmas actuales, que buscan destituir prejuicios e integrar diferentes corrientes de pensamiento, la propuesta interdisciplinaria, el objetivo de la no cronificación de las internaciones y en general los lineamientos de la Ley de Salud Mental (sancionada en 2010 y promulgada el 2 de diciembre del mismo año), son también un avance dentro del campo de Salud Mental, a pesar de que existan recortes y derogaciones, la implementación de este tipo de políticas representa una extensión de la implicancia subjetiva dentro de las problemáticas de los sujetos sociales. Las nuevas leyes actualmente están modificándose y quieren proponer que se atienda desde un punto de vista más amplio, más complejo, donde exista mayor coordinación entre instituciones destinadas total o parcialmente a la salud; agregamos que los alcances están en gran medida determinados por las leyes que el sistema va implementando.

La posibilidad de la música y los dibujos (lo artístico) muchas veces se encuentran y realizan en talleres de las instituciones, su contribución y ensamble sobre el cual se hizo alusión en la entrevista 6, pág. 123, implicaría una esfera que se distingue de lo

legislativo, en ella debe reconocerse su implicancia terapéutica, el artista sabe hacer con su defensa un producto de intercambio simbólico, lo que falla en el síntoma de adicciones (compulsiones a consumir).

Quienes brindaron estos datos fueron en su mayor parte psicólogos, aunque también se entrevistó a una psiquiatra y una neuróloga. Dichos trabajadores de salud indicaron una considerable trayectoria dentro del área, así como también remitieron a experiencias con estas problemáticas específicas de adicciones. En cuanto a la pregunta por las causas, ninguno de ellos se centró en algo único, sino que refieren a una serie de causas, o sea, una multi-causalidad, y a una multi-dimensiónalidad. En otros términos se plantó un tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, azares, como constituyentes del mundo fenoménico. Esto tiene como rasgo lo enredado, lo inextricable, la degradación, el desorden, imprecisión, ambigüedad, incertidumbre, contradicción, el azar, etcétera (Terrones, 2017). De tal forma, los aspectos que se tuvieron en cuenta fueron, la edad de la persona en relación a las fases del desarrollo, dicha psiquiatra (entrevista 1, pág. 76) refería a que los primeros cinco años de vida y la conformación de la estructura familiar son cuestiones primordiales, “el modo en que ese niño o niña han transitado sus vínculos afectivos más directos como podrían ser su padre, con su madre, hermanos...” sin embargo se plantea también lo social por fuera de lo familiar, lo político y lo económico, de modo contrario se caería en una mirada reduccionista.

En cuanto a otras ramas, (entrevista 3, pág. 96) agregaron además que tiene que ver con un “trastorno de la estructura de la personalidad, alteraciones de la estructura familiar y un Yo débil. Hay gente que tiene una personalidad en la que necesita un bastón, y ese bastón puede ser cualquier cosa, desde una pareja absolutamente dependiente de ella, que es el sostén, hasta una sustancia”. Se hace referencia a lo vincular, a como se vincula ese sujeto con los objetos.

Por otro lado, también se hizo referencia a la formación de síntoma neurótico, es allí donde concentran en muchas de las veces su atención, con esto se hace referencia a las postulaciones freudianas con respecto a la constitución de la neurosis y de compulsiones, vistas desde ese lugar y no como adicciones. Ahora como pueden leer párrafos más arriba, se intenta abarcar todas las esferas posibles, la mayor cantidad de esferas y esto es lo que obliga a que se tenga en cuenta también la organización social, la cual se organiza alrededor del consumo, “desde que nacemos ya nos imponen cosas que consumir, la mamadera, la teta, lo que sea... siempre fue así, pero hoy en día en la



infancia, fíjate vos que en la tele todo está dirigido a los niños, desde medicamentos, juguetes, ropa lo que sea” esas palabras encontramos en los datos obtenidos dentro de la entrevista 5, pág. 117, la cual orientó no sobre la problemática solamente, sino el estado actual de la sociedad, donde nos encontramos. Sigue comentando: “nos estructuramos alrededor de una falta y hacemos lo que podemos con esa falta”, esta es la falta que intentamos obturar, a la cual la podemos esquivar a través del consumo, sea de drogas o de cualquier otro objeto.

## **6.1 Conclusiones**

A grandes rasgos se puede notar una separación de paradigmas, así como también la evolución en el desarrollo de conceptos referidos a las adicciones y a su manera de abordarlas, un modelo de abordaje se apoya en una perspectiva de la cual no se acuerda, y esto es porque se plantean como políticas dentro de la forma de abordar y no algunos de sus lineamientos como una posible estrategia. Los profesionales hacen referencia a paradigmas hegemónicos, a los cuales se les reconoce las características de bio-control, y de un solo saber que es dominante. Por otro lado, se pudo notar que hay otra perspectiva más integrativa, con sus características particulares que intentan adaptarse a distintas dimensiones. O sea, los datos informan sobre las ideas, estrategias, lineamientos, normativas, posturas, objetivos, etc. que constituyen los distintos modelos de abordaje a las problemáticas de drogas, lo cual de alguna manera estaría indicando que por lo menos uno de los objetivos planteados se cumplió, este es “explorar los diferentes modelos de abordaje utilizados por los profesionales que trabajan en Salud Pública para intervenir en problemáticas de adicciones”. La investigación hizo notar que en las dos ciudades que se llevó a cabo la recolección de los datos hay diferencias, estas están más referidas los profesionales que hay en cada lugar y las prestaciones y servicios; con respecto a las demás problemáticas de índole social, como por ejemplo el estado de crisis, pocos recursos económicos, acentuación del sufrimiento por la pobreza o referente a la presencia de vestigios de paradigmas hegemónicos y demás cuestiones son límites que se presentan y registran de igual manera en ambos lugares, y con estas problemáticas se encuentran los profesionales en el trabajo que realizan día a día; se pudo determinar e identificar, como se muestra en la exposición y análisis de los datos, problemáticas que le son propias al sistema de Salud Pública. Si bien son problemas y fallas que presenta el sistema de salud, a la hora de la clasificación se puede encontrar

uno con ciertas dificultades, primero porque no todos los límites son un problema, sino que algunos de ellos pueden plantearse como estrategias dentro de un equipo de salud, por el contrario, hay otros que si estarían representando limitaciones a los abordajes y podrían involucrarse dentro de esta categoría que refiere a una falla, a algo que necesariamente se debe superar, dentro de ellos, están aquí todos los problemas que plantearon los profesionales; con respecto a los alcances que tiene, no son del todo medibles, se los puede clasificar e involucrar dentro de esta categoría a los logros, los aspectos positivos que se van realizando, solucionando y/o superando, pero muchas veces este alcance se ve limitado por las leyes, en referencia a lo dicho, las barreras de la legalidad y la ilegalidad como lo se lo ve a partir de Stolkiner (2013), estas barreras son muchas veces las que ocasionan contracciones de prejuicios, marginación y hasta imposibilidad de un abordaje orientado a la reducción de daños, a pesar de aquello los y las profesionales de alguna manera logran esquivarlas y superarlas aunque la vigencia siga en pie. Según los lineamientos teóricos, lo que haría desaparecer estos problemas esta condensado en gran medida en la forma de la ley y la concepción jurídica, como ha pasado con el término de perversión. Esta conceptualización de alguna manera se fue modificando a lo largo de los años, hoy en día, socialmente está aceptado que, dos adultos, dos consentimientos, pueden hacer lo que se les dé la gana, sin embargo la pedofilia, zoofilia o necrofilia siguen considerándose como perversiones porque no está este consentimiento de las dos partes. En otro caso, quien se dirige a prácticas sexuales dentro del campo de la prostitución no es atacado como perverso, sea o no trata de personas, es culpado por ser cliente, o sea por estar dentro de un mercado ilegal, notamos que lo legal y lo ilegal genera en la sociedad efectos, es una barrera que se impone arbitrariamente. Retomando, la homosexualidad masculina no es más ilegal ni tampoco considerada una perversión (a partir del siglo XIX). Algo que gustaría articular aquí es un punto de las teorizaciones freudianas, que tienen que ver con el superyó, esta instancia de la cual Freud no hace siempre una diferencia nítida o clara con la otra instancia que es el Ideal del Yo, muchas veces se vuelve imposible realizar esta separación, sin embargo a raíz de sus lecturas se pudo notar que esta última instancia nombrada tiene relación con los ideales de Otro y entonces con la organización del orden simbólico, lo cual en Lacan se leería como el significante del nombre del padre. Los psicoanalistas plantean una degradación de este en la época actual, tema que también se refirió en una de las entrevistas por las cuestiones del consumo, es la tendencia y el empuje al consumo lo que hace que se caiga este significante, “cuando consumo no existo, estoy al margen de lo social, es más me encierro con los vagos a

fumar al margen del resto” (entrevista 5, pág. 118). Ahora, el superyó también es de orden simbólico, según lo plantea Lacan, aplicando los adjetivos feroz, sádico y obsceno (las tres caras del superyó). Que sea de orden simbólico hace asociarlo a las palabras, el orden de las palabras, que es distinto al lenguaje sometido al orden de la enunciación, al tiempo y a la cadena de significantes. Entonces en la palabra se tiene la enunciación de un lado y la voz y que manifiesta algo que no está como tal en el sistema de la lengua que es la forma imperativa, cualquier cosa que se dice de cierta manera, dependiendo de cómo se lo dice puede convertirse en orden, ¡cómpralo yaa!, así es que se piensa que la esencia de esta instancia tiene más que ver con el objeto (la voz) y menos con el significante. Frente a una situación en la cual un sujeto queda sometido a una orden, o sea al imperio de un superyó que le dice lo que tiene que hacer, violenta y/o autoritariamente, puede dejar de lado el Ideal (el significante pierde peso), o declinarlo a éste, así es como se cree que la declinación del nombre del padre es consecuencia de la subida del superyó. De tal manera, superyó en lugar del nombre del padre, e imperativo de Coca-Cola en lugar del Ideal del Yo. En la práctica pública, más imperativo de medicalización, menos logro del Ideal de salud, así se llega a pensar la necesidad de un corrimiento de ciertos objetos y prejuicios, entre ellos morales, como también se figuras civiles que ordenan y prohíben sustancias. Ahora, se ve que esto no solo es una barrera que se impone al alcance de los abordajes, sino que también implica por sí misma la producciones de adicciones, ya sea por el empuje al consumo o por otros factores que hacen de las adicciones un síntoma que se va designando por el lenguaje *común*, no se dice que no existían antes porque alcohólicos hay desde la biblia, pero el discurso sobre algunos sufrimientos que refieren los sujetos son formulados con el término adicción, Yo soy adicto; así se encuentra porn-adictos, shopping-adictos, work-adictos, etc. de esta manera se hace la psicopatología contemporánea, se clasifica con nombres, y la clasificación por sí sola ya genera una impresión de que algo se está limitando, se está cerrando y poniendo barreras a los posibles alcances. (Brousse, 2012)

A través de estas vueltas se podría preguntar y verificar si los objetivos de este trabajo se cumplieron, ahora, se realizó una exploración de los diferentes modelos que guían a los profesionales de salud pública, por otro lado ya dentro de estos algunos mostraron problemas, y también encontraron problemáticas que, si bien implica a la sociedad e implica a los trabajadores de salud en general, tienen que ver con los estados actuales por los cuales atraviesa la provincia y la Argentina, sus índices de pobreza, y las demandas culturales de la sociedad de consumo. En otro punto, se buscó clasificar

en alcances y limitaciones las apreciaciones de los profesionales en el desarrollo de las diferentes modalidades, podría observarse que las hay; determinados conflictivos y parte de las problemáticas en este caso se piensan dentro de las limitaciones, y los logros dentro de los alcances, la clasificación en este sentido fue ordenadora, no cerraron solo en eso, sino que se las pensó como asociaciones de las cuales parte de ellas exigen un trabajo orientado a la superación, se juntaron un manojo de cuestiones que deberían ser resueltas así como también se ve una repercusión en los alcances y logro de metas. Entonces los objetivos del trabajo, se cumplen. Abarcando en mayor o menor medida las cualidades del tema trabajado, se logró recolectar datos buscados y ponerlos a prueba con articulaciones teóricas.

## 7. Bibliografía

- López, H. (2007), *Las Adicciones y sus fundamentos clínicos*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Lazos.
- Bleichmar, S. (2016), *Vergüenza, culpa, pudor*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós
- Laplanche, J. (1996), *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós.
- Freud, S. (1914), *Duelo y melancolía*, en *Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Amorrortu.
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos sobre teoría sexual*, en *Obras completas*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Amorrortu.
- Freud, S. (1930), *El Malestar en la Cultura*, en *Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Amorrortu
- Stolkiner, A (2013), *Consumo problemático de sustancias*, XIII Jornadas Nacionales I Provinciales en Salud Mental "Prácticas Posibles y Necesarias en Salud Mental" Fe.P.R.A-Colegio de Psicólogos del Valle Inferior del Río Negro. Las Grutas, Argentina. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=-BHumepU3hg>
- Stolkiner, A (2013), *Consumo problemático de drogas*. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=nfTWk4iJAoA>
- Camarotti, A. y Kornblit, A. (2014), *Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo*. Recuperado de: [https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1851-82652015000200005&script=sci\\_arttext&tlng=pt#](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1851-82652015000200005&script=sci_arttext&tlng=pt#)
- Barzani C. (2010), *Un dispositivo de abordaje de las adicciones*. Extraído de: <https://www.topia.com.ar/articulos/un-dispositivo-abordaje-adicciones>

- Nasparstek F. (2018), *El empuje al consumo lleva a igualar a todo el mundo*.  
Extraído de: <https://psicoanalistabilbao.com/2018/06/01/el-empuje-al-consumo-lleva-a-igualar-a-todo-el-mundo/>
  
- Barzani C. (2010), *Un dispositivo de abordaje de las adicciones*. Extraído de:  
<https://www.topia.com.ar/articulos/un-dispositivo-abordaje-adicciones>
  
- Gerlero S., Augsburger, S., Duarte A., Gómez G., Yanco D. (2011), *Salud mental y atención primaria. Accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud, Argentina*. Extraído de:  
<http://www.ilazarte.com.ar/wp-content/uploads/2018/06/Salud-Mental-y-Atenci%C3%B3n-primaria.pdf>
  
- Romaní O. (2008), *Políticas de drogas, prevención, participación y reducción del daño*. Recuperado de: [https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1851-82652008000300004&script=sci\\_arttext#ref](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1851-82652008000300004&script=sci_arttext#ref)
  
- Terrones E. (2017), *El paradigma de la complejidad*. Extraído de:  
[eudoroterrones.blogspot.com](http://eudoroterrones.blogspot.com)
  
- Brousse M. (2012), *Un poquito más de satisfacción: I can get no*. Extraído de:  
[https://www.youtube.com/watch?v=jCG\\_8iaSRb8](https://www.youtube.com/watch?v=jCG_8iaSRb8)
  
- Maldonado E. (2008), *Concepto de Salud Pública*. Extraído de:  
<https://psicopsi.com/concepto-de-salud-publica-salud-mental-comunidad-definicion-psicologia>
  
- [www.observatorio.gov.ar/index.php/epidemiologia/item/16-estudios-de-poblacion-general](http://www.observatorio.gov.ar/index.php/epidemiologia/item/16-estudios-de-poblacion-general)

# Capítulo VII

## Anexos

### 8. Entrevistas

#### 8.1 Primer entrevista

María Gabriela Boletini - psiquiatra

Entrevistador:

En cuanto a los nombres de las instituciones en caso de que se considere necesario por cuestiones de privacidad no se darán nombres, solamente se va a aclarar si son monovalentes o polivalentes, y por lo general también son anónimas a menos que el entrevistado quiera que ponga su nombre.

Entrevistada:

No hay inconvenientes, yo te puedo dar mis datos porque pertenezco a un área de docencia y se supone que no tiene por qué ser oculto digamos. Bueno, soy psiquiatra, mi nombre es María Gabriela Boletini, estoy asignada al área de docencia e investigación en el Hospital Agudo Ávila, en el centro regional de salud mental Agudo Ávila que está en calle Suipacha 667 de la localidad de Rosario. Estoy asignada de manera full time digamos, al área de docencia desde el año 2012, ingrese en el hospital en el año 96 primero haciendo una práctica en el hospital Centenario, mi residencia, en el área de salud mental y en el año 2001 ingrese como personal de planta de manera permanente al Hospital Agudo Ávila. Pase primero por el área de guardia a posteriori de consultorio externo y a posteriori de internación, íbamos haciendo asistencias, hasta que en el 2012 se me asigno, con toda mi carga horaria que son 24 hs semanales, el área de docencia e investigación. Hoy por hoy somos cuatro profesionales que estamos asignados y hacemos tareas diferenciales, digamos yo tengo una coordinadora general que también es psiquiatra y hay otro psiquiatra que coordina sobre todo lo que es la formación de residencia de postgrado en medicina y salud mental digamos, la residencia de psiquiatría, conjuntamente con otra compañera que es psicóloga que trabaja en parte

con nosotros y en parte con el coordinador de residencia. Bueno, después podría pasarte material histórico sobre la institución si te interesa.

Entrevistador:

¿Por qué elegiste trabajar en el ámbito público en el área de salud mental?

Entrevistada:

La pregunta es un poco difícil, supongo que tiene que ver con el deseo, con los gustos personales, de cada uno. En mis primeros años de medicina había hecho un año y medio psicología, venía leyendo mucho Freud, entonces creo que allí se inclinó la posibilidad de hacer como especialidad psiquiatría. Elegí básicamente la residencia en Rosario porque en ese momento la residencia tenía una gran penetrancia del psicoanálisis que era lo que más me interesaba a mí, y es lo que guía mi lectura clínica de los casos digamos, más allá de que la medicación para mi es una herramienta complementaria de trabajo digamos, y también me forme en psicofarmacología. Pero la lectura clínica siempre la hago desde el psicoanálisis. Elegí trabajar en la salud pública es una cuestión desecante, me forme en una residencia pública de psiquiatría y siempre desee trabajar en lo público, de hecho no eh abierto prácticamente mi trabajo en lo privado, creo que en el transcurso de la vida el deseo lo va guiando como en estas elecciones y no me arrepiento, a pesar de que el trabajo en lo público es mucho más, creo yo, ríspido, complicado, lleno de obstáculos, a diferencia del trabajo en lo privado donde uno cuenta con otros recursos sobre todo económicos, pero no me arrepiento, a de mas siempre entendí que lo público tenía elementos de formación continua que no lo tenía así el privado, que estaba más enfocado a lo existencialista y esa veta docente también es una veta muy deseante para mí, la de la formación continua, la de discusión de casos, trabajar de manera colectiva con otros compañeros, en equipo y no solitaria en un consultorio como sucede en el mundo privado. Algo de esos imaginarios que funcionaban en mí en el año 96', yo tenía 25 años, ahora tengo 48, algo de esos imaginarios que marcaban la diferencia entre lo público y lo privado verdaderamente se fueron confirmando por lo menos para mí, otros no. La formación continua en este hospital puntualmente se fue perdiendo de manera progresiva, el avasallamiento de la asistencia no permitió que los compañeros se pudieran de alguna manera formar de manera continua, se fueron perdiendo los espacios de discusión clínica que años anteriores los teníamos, breo que tiene que ver con, bueno, el aumento de la demanda y en este momento puntual del país mucho más, creció mucho más la demanda, en nivel



numérico de asistencias. Imagínate que en salud mental trabajamos no solo con la problemática subjetiva digamos, y más aún en salud pública hay muchísimos elementos de índole social, económica, política, jurídica, pero sobre todo socio-económica, porque estamos en un momento en que el país empieza a estar en una situación socioeconómica con mucha desocupación, con des-contención, con una retirada del estado de los lugares donde debería realizar asistencia, digamos la salud pública es la primera que recibe todo tipo de demandas. Y bueno, ahora estamos en ese momento.

Entrevistador:

¿Pensás que estamos en un momento de crisis?

Entrevistada:

Si, efectivamente. Sí.

Entrevistador:

Bueno, cambio un poco el tema para después retomar todo esto que estamos hablando. Quisiera hacer otra pregunta, ¿con que frecuencia se encuentran con la necesidad de hacer abordajes a problemáticas de adicciones?

Entrevistada:

No tengo estadísticas a mano, te las puedo conseguir, si te transmito una lectura que estoy haciendo con otros compañeros que están en sectores de asistencia y también tratando de hacer un histórico de esto. A ver, yo en el año 2001 trabajaba en la guardia del hospital, en el año 2004 pase al sector de internación. El neoliberalismo de los años 90' dejo o inicio un proceso de aumento de la demanda por consumo de sustancias de manera progresiva, la mayoría de los trabajadores de esta institución en el año 2004-2005 en las asambleas o en las plenarias que hacían planteábamos la necesidad de empezar a pensar en, planteábamos a los directivos de las instituciones el empezar a construir políticas de asistencia a personas con problemáticas o uso problemático de sustancias porque veíamos que la demanda crecía de manera exponencial, y sobre todo la demanda de asistencia de personas jóvenes, cuando hablo de jóvenes me refiero a menores de 21 años o una franja etaria entre los 15 y los 30 años con ya efectos residuales o alteraciones residuales neurológicas por el uso de sustancias, porque en toda esa etapa del neoliberalismo el uso estaba muy sostenido sobre todo en sustancias como el poxiran, los pegamentos de todo tipo, esa demanda fue creciendo, se empezó a

vislumbrar algo de políticas públicas en el año 2009-2010 sobre todo en abordajes ambulatorios. La internación siempre estuvo de la mano de los hospitales públicos, de algunas ONG que históricamente han trabajado con la religión en la provincia de Santa Fe, la mayoría, y algunas otras instituciones de índole privado que si trabajaban en equipo con trabajadores sociales bajo una lógica o una lectura clínica más ligado a las psicoterapias del aprendizaje cognitivo-conductual y todo eso. En general, nosotros, desde acá desde la institución, no hay un dispositivo armado de manera exclusiva para personas con uso problemático de sustancias, si se requiere de una internación clínica en general se lo interna porque hay que tener en cuenta que hay muchos estados de intoxicación y abstinencias que requieren de una internación primero clínica, no en un hospital, ni siquiera monovalente de 3er nivel como es el Agudo Ávila, y a posteriori digamos para el abordaje de la problemática subjetiva se abordaban aquí dependiendo que circunstancias, a ver cómo explicarlo, si la clínica estaba comandada solo por el uso problemático de sustancias y eso no era una co-patología podríamos decir en general cuando se planteaba como estrategia terapéutica una internación en general no se internaban aquí, se lo derivaba a una institución privada, a ONG, con los cuales se hacían acuerdos de trabajo, también con el paciente. De todos modos lo que si estamos viendo desde entonces y hasta ahora y a mi entender creo que va a proseguir, haciendo una lectura histórica de esto, en el Agudo Ávila si se abordan las problemáticas subjetivas que tiene como co-enfermedad podríamos llamarlo o patologías, el consumo o el abuso de sustancias asociado a un cuadro de crisis subjetiva. Pero cuando el consumo de sustancias es específico y la persona está decidida a sostener una abstinencia en general nosotros no planteamos la internación, no es esa la estrategia, en todo caso se le plantea al paciente un tratamiento ambulatorio y si el paciente por X circunstancias porque cada caso también es particular, se evalúa cada caso particular, si el paciente verdaderamente requiere internación para poder sostener su abstinencia, no se produce en el Agudo Ávila, nosotros tenemos un dispositivo exclusivo.

Entrevistador:

¿Y en el Agudo Ávila que modalidades de abordaje hay para los problemas de la subjetividad en general?

Entrevistada:

Nosotros trabajamos según la ley que se reglamentó en el 2012, la cual plantea que el abordaje en todo lo que sea problemática de salud mental tiene que ser

interdisciplinario, nosotros trabajamos desde lo interdisciplinar mucho antes de la ley. Siempre les comento a los alumnos que creen que se promulgo la ley y creen que se empezó a trabajar así. Es más, la ley provincial de salud mental que creo que es del año 93' coagulaba en ese momento lo que se venía haciendo, antes del año 93' se empezó a abordar, de manera muy progresiva muy lenta, con equipos interdisciplinarios la problemática en salud mental. Cuando hablamos de equipos interdisciplinarios, acá puntualmente en el Agudo, en la Colonia de Oliveros, siempre estuvo un equipo con lo básico que tiene que ver con el psicólogo, el trabajador social y el psiquiatra a los cuales se agregan otros agentes dependiendo las circunstancias, enfermeros un tallerista puede ser con el cual el paciente tomo determinada referencia, abogados, pero digo, el equipo base siempre está conformado por psicólogos, psiquiatras y trabajador sociales. El abordaje siempre es el mismo, a través de un equipo conformado por estos tres profesionales a los cuales se les van sumando otros y se arma una estrategia de abordaje en conjunto. La famosa hegemonía psiquiátrica donde el psiquiatra hace esto lo otro, yo soy psiquiatra eh, pero estoy totalmente de acuerdo en que nuestra hegemonía tiene que ser pulverizada, en nombre de la psiquiatría se hicieron y se siguen haciendo desastres y han tenido manejos hasta perversos digamos. Los manejos psiquiátricos medievales, que gracias a Dios logramos erradicar también de los hospitales públicos, las lobotomías, el electroshock, los accesos de fijación, estuvieron presentes en estas instituciones hasta los años 60' o 70' donde hay un gran cono negro digamos, en cuanto a la historia de las instituciones en épocas de la dictadura, se perdió mucho de esa información y creo que la psiquiatría empezó a ser más humana, en este país por lo menos y en estas instituciones por lo menos, a partir de los años 80' con el inicio de la democracia. Bueno, siempre el abordaje es en equipo, en internación tenés por ejemplo cuatro equipos de asistencia para los pacientes internados, cada paciente internado se distribuye, tiene su equipo de asistencia, en consultorios externos si bien la tarea es como más privativa, pero se trata de congeniar con un psicólogo o con un psiquiatra y trabajador social, es otra dinámica la que aparece. El trabajo en equipo, el reunirse todo el equipo para armar una estrategia, entonces como que se van poniendo de acuerdo entre ellos, pero la estrategia siempre es un abordaje interdisciplinario y también se suman otros tantos, como el comité de admisión, de internación que evalúan la internación de un paciente o no, eso también es interdisciplinario. Tenemos un área jurídica con tres abogadas, Oliveros también lo tiene, y bueno, como que se han ido sumando profesionales de distintas disciplinas en el abordaje a la problemática de salud mental.

Entrevistador:

¿Qué cambiarías de los dispositivos de abordaje, o no los cambiarías según tu criterio?

Entrevistada:

Creo que mientras tengan la flexibilidad de ir sumado agentes por así decirlo... si creo que costó mucho que enfermería se sume, siempre han tenido, según una interpretación muy personal, una relación a mi entender muy contradictoria. Quieren sumarse a los equipos pero no saben cómo, pero piden a los equipos que les armen un soporte y un modo de integrarse, que la mayor parte, yo por lo menos cuando conformaba equipos en el área de internación planteaba que cada uno tenía que integrarse y ser artesano en su trabajo digamos, como integrarse, porque integrarse con ese paciente, como trabajar con el resto de los profesionales, como fundamentos que sean clínicos no fundamentos del orden de lo imaginario, enfermería tenía siempre una relación muy contradictoria, ha habido enfermeros y enfermeros, enfermeros con los cuales se pudo trabajar de maravilla y a veces mejor que con un psicólogo o un psiquiatra y también ha habido otros que son más conflictivos, más complicados, pero bueno eso es algo que también lo tenemos los psiquiatras digamos, que a veces hay equipos que tienen un nivel de discusión mucho más alto y un nivel de diferencias en las estrategias clínicas mucho más altas y otros equipos que congenian mejor. Si creo que hay que ir chequeando eso, porque también es cierto que las diferencias en las lecturas clínicas dependiendo de cada disciplina es interesante, pero la discusión tiene que ser enriquecedora y enfocada a armar una estrategia común, digo cuando uno de los equipos chequea la diferencia es tanta que nos separa más de lo que nos permite trabajar y creo que ahí hay que operar digamos y tratar de armar equipo con otro. El estancamiento sobre todo es sobre lo que estaría alerta para que no suceda, que los miembros del equipo trabajen entre si de un modo estancado por costumbre y eso no sea productivo para el trabajo, al contrario, ni para el trabajador.

Entrevistador:

Esos serian problemas que se pueden presentar en los equipos de trabajo, me gustaría indagar sobre problemáticas o fallas que se presenten en lo social.

Entrevistada:

En cuanto a la conformación de equipos lo que puedo criticar es que para algunos sectores, a pesar de que los psiquiatras que nos hemos formado, la mayor parte, no en esa hegemonía de la psiquiatría, del psicofármaco, hay muchos sectores que en los psiquiatras se le sigue demandando ese lugar hegemónico que aparece dentro del equipo. Hay psiquiatras que les encanta ocupar ese lugar, y hay otros que salimos de residencia con una formación más psicoterapéutica, y que no nos gusta ocupar ese lugar pero que nos ponen en ese lugar. Llámese, a nivel jurídico porque cuando hay que ir a hablar con un juez para plantear o mostrar una estrategia, no es posible que vaya parte del equipo sin un psiquiatra, sigue funcionando este imaginario todavía en algunos sectores de la hegemonía del psiquiatra o del salvataje que el psicofármaco le puede dar a un paciente, lo cual es totalmente imaginario, la psicofarmacología tiene muchísimas limitaciones y eso si es una crítica que uno podría decir, con la cual, por lo menos yo, en mi tiempo de asistencia y muchos de los psiquiatras que trabajamos en esta institución nos hemos encontrado. Todavía ese lugar de predominancia y que por más que vayamos a una audiencia y uno se quede callado y deje que hable el trabajador social o la trabajadora social, la abogada, la o el psicólogo, automáticamente más tarde o más temprano es como que la palabra del psiquiatra todavía sigue funcionando ahí como lugar de verdad, verdad científica que nos podemos poner a discutir todo eso con lo cual yo cada vez creo menos, pero bueno, eso es una posición muy personal. Cada vez creo más, porque también lo he visto en los años de trabajo clínico, cada vez creo más que si uno no aborda una problemática subjetiva desde un trabajo psicoterapéutico, mientras sea ético, serio, con fundamentos, una problemática no se resuelve con un tratamiento psicofarmacológico. Si vamos a querer mejorar la calidad de vida de los pacientes verdaderamente no es posible sin un trabajo psicoterapéutico, entonces por eso, cada vez de-creo más de la psiquiatría pero creo que es una herramienta, es una.

Entrevistador:

Así es como se van rompiendo paradigmas...

Entrevistada:

Y está muy bien que eso suceda, sí.

Entrevistador:

Por otro lado, ¿Cuáles pensás que son los objetivos que se plantearían en el caso de que urja la necesidad de un abordaje a problemáticas de adicciones? Si bien me dijiste

que acá no se aborda específicamente esa problemática por sí sola, si se verían en la necesidad de realizarlo...

Entrevistada:

Nosotros en general, obvio que cada uno de nosotros trabaja de manera diferente, yo te estoy hablando de cierto discurso que con sus diferencias plantea digamos mojonos para una estrategia de abordaje. No se trabaja desde la lógica del castigo, nunca se trabajó ninguna problemática subjetiva desde ahí y tampoco la de adicciones.

Se trabaja en pos de acompañar. Hay veces o hay lugares donde se trabaja por la vía de castigar verdaderamente, o sea si consumís no te vamos a dejar salir el fin de semana, acá no se trabaja así, nunca se trabajó ninguna problemática subjetiva desde esa lógica. Mas a un modo conductista digamos seria eso, que piensa como conducta anómala que hay que torcer bajo una pseudo-conduca normal, no se piensa en los conceptos de normalidad de ese modo, siempre se ha trabajado en pos de acompañar al paciente en los síntomas de abstinencia que en muchos casos son muy, clínicamente y subjetivamente, angustiantes y desesperantes para el paciente, eso sí se trabaja desde la psicofarmacología en un acuerdo con el paciente, y desde el punto de vista psicoterapéutico se empieza a trabajar en todo caso el lugar que la sustancia ocupa en la historia de ese paciente, obviamente que se ve obstaculizado o limitado cualquier abordaje cuando el paciente no tiene cierta o mínima disposición libidinal para un tratamiento, llámese para un tratamiento psicoterapéutico o para un tratamiento psicofarmacológico. Por eso es que primero se trabaja en post de construir una demanda allí donde no la hay a veces, donde la demanda es más bien familiar, o de amigos o de una pareja, o de vecinos, si no hay demanda ahí de tratamiento se aborda por la vía de construir una demanda y de empezar a trabajar el lugar de la sustancia en la historia de ese paciente y como limitar los riesgos que implica el consumo, físicos, sociales, jurídicos, e ir trabajando si la abstinencia de la sustancia si el paciente viene decidido a dejar de consumir.

Entrevistador:

Se estaría siguiendo, entre otras cosas, una lógica de reducción de daños...

Entrevistada:

Si, en combinatoria con un trabajo que a veces se vuelve netamente informativo, “mira que si vos haces eso pasa esto, cuidate en esto en lo otro”, por eso no trabajamos desde el castigo, desde lo punible, “a ver consumiste, cuanto consumiste, no si consumiste esto entonces a mí no me venís a ver al consultorio porque vos hiciste”, eso no va, no se trabaja para nada de esa manera. Y combina si elementos de reducción de daños, pero pensalo que de alguna manera es el mismo trabajo que hacemos con las situaciones de pacientes psicóticos, también trabajamos reducción de daños, “te tenés que lavar los dientes todos los días para que no se te formen caries” ¿se entiende?, el cuidado de la salud digamos, de alguna manera, en la medida que el paciente vaya pudiendo, digamos también se trabaja, entonces es la misma lógica, reduzcamos los daños y la exposición lo más posible y los cuidados lo máximo posible y a la par de eso vamos viendo qué lugar histórico ocupa esta sustancia y porque el consumo, empezar a desentrañar los motivos por los cuales una persona empezó a hacer un uso problemático de una sustancia.

Entrevistador:

¿Fueron numerosas las veces que te encontraste con casos de adicciones?

Entrevistada:

No tantos, en esto del uso de una sustancia como acompañando un proceso de crisis psicótica por ejemplo, o en un estado de depresión, estados de angustia, como un elemento que se agregaba a la estructura psíquica en crisis.

Entrevistador:

¿Cómo una patología que se la puede ver en comorbilidad con otras?

Entrevistada:

Exacto, que en algunas circunstancias opera como estabilizante para la estructura, el uso de una sustancia y en otras circunstancias opera como elemento que se agrega en crisis, no siempre opera de la misma manera, y también eso hay que ir chequeando y trabajando con el paciente. A veces la sustancia es el único elemento de corte posible con este otro avasallante de la psicosis, entonces uno ahí quita la sustancia y ¿con que se encuentra? Hay que ir paso a paso, cada situación clínica es en sí misma nueva, se hace un trabajo muy artesanal digamos con cada paciente, no solo con pacientes con problemáticas de uso de sustancias, con todos los pacientes se trabaja caso por caso.

Entrevistador:

¿Y cuáles son los límites con los que se encuentran a la hora de abordar estos problemas de sustancias? y no solo de sustancias, sino de la subjetividad en general...

Entrevistada:

Hay muchos, económicos, sociales, hay muchos pacientes que verdaderamente se estabilizan o uno puede decir puede proseguir un tratamiento ambulatorio al mes y medio de haber sido internado por ejemplo. Pero no se pueden ir por problemáticas sociales, familiares, habitacionales, económicas, laborales, hay muchas limitaciones en el afuera que hay que ir construyendo de manera muy artística para poder dar un alta. En el caso de los pacientes con uso problemático de sustancias requieren de una internación no clínica digamos porque la clínica está asegurada o los deriva al hospital general y bueno, los síntomas de intoxicación y abstinencia están asegurados digamos, el abordaje. Pero en abordajes a más largo plazo, en algunas circunstancias es necesaria la internación por el nivel de riesgo al cual se exponen en el afuera al consumir de esa manera tan desbordada, digamos también la derivación a lugares de internación es muy complicado, no es sencillo, las derivaciones no son sencillas en el ámbito de lo público. Existieron periodos en los cuales han estado más aceptadas y otros en los cuales uno se pasa un año haciendo un trámite para una internación de un paciente en un lugar como puede ser una ONG de asistencia, gran parte de lo nuevo en el año 2004 en adelante para el abordaje en personas con problemáticas de sustancias, todo lo que se ha ido armando fue para tratamientos ambulatorios porque incluso las personas con más experiencia digamos, en el trabajo con estos pacientes plantean que la internación no es o no debe ser la primera herramienta con la cual uno cuenta, pero de alguna manera la sociedad a veces demanda la internación porque está desbordada o la familia, a veces eso también influye en el paciente o a veces es el paciente quien pide la internación porque dice que no puede dejar de consumir, no puede parar, necesito que me internen, entonces cuando uno tiene esas situaciones así como bisagras es muy dificultoso pensar en donde internar, no hay un hospital o un centro de abordaje multidisciplinar y a su vez desde lo ambulatorio, desde la internación, en lo público pensado solo para adicciones, entonces ahí se dificulta mucho cuando hay que derivar.

Entrevistador:

¿Qué factores pensás que influyen para la constitución de una adicción?



Entrevistada:

Perdón, también otra limitación es una limitación desde el punto de vista clínico, en muchas circunstancias pacientes que solo tienen la problemática de uso de sustancias, podríamos decir que nunca es sola, porque siempre va de la mano a una problemática subjetiva, son pacientes muy difíciles de abordar, es lo que hoy se piensa como neurosis de borde, los límites son muy borrosos, son pacientes que pasan de acting en acting, que están siempre en riesgo, siempre al borde, es muy difícil, es una clínica de trabajo difícil, a veces más que el campo de la psicosis. Hay mucha dificultad en la confianza con el significante, cuando el uso problemático viene así de la mano con esas neurosis de borde o los famosos trastornos border de la personalidad, es muy difícil crear un lazo transferencial primero, que el paciente efectivamente se sienta sostenido en su tratamiento, pacientes que van y vienen, dejan, es una problemática en sí misma donde creo que todos los profesionales de salud mental estamos muy limitados. Desde lo psicofarmacológico también, no hay demasiados elementos para ayudarlo, es una clínica muy complicada. Además que en muchas circunstancias en lo público uno ve su ligazón a actividades delictivas, entonces también tienen todo el peso de lo jurídico o muchos de ellos han pasado o pasan por cárceles comisarias con toda la dificultad que eso implica. Más aún si están encarcelados, congeniar el trabajo con las unidades de penitenciaría es complicado, es una clínica compleja. En donde creo que muchos de nosotros no tenemos más que experiencia pero escasa formación digamos.

Entrevistador:

Se deben hacer también abordajes con la familia o allegados al paciente...

Entrevistada:

Si en todo paciente que llega aquí el equipo mismo trabaja no solo con el paciente, sino también con la familia, con los referentes, a veces son referentes barriales, amigos, pero sí, siempre se intenta recabar las personas con las cuales operan con el paciente y se trabaja con ellos, se los cita se los convoca se hacen entrevistas...

Entrevistador:

Bueno voy con la última pregunta, es referida a las causas que constituyen una adicción desde tus paradigmas y estudios...

Entrevistada:

Estoy formada en psicoanálisis, por ende que considero que los primeros 5 años de vida y la conformación de la estructura familiar y el modo en que ese niño o niña han transitado sus vínculos afectivos más directos como podrían ser su padre, con su madre, con sus hermanos, son uno de los elementos que se debe abordar preventivamente diría, sobre eso considero que esta después el efecto de lo social, lo político, lo económico, de lo histórico, de cómo esos elementos en determinado momento de la historia del país, que es historia política, pero también económica y social, anclan de determinada manera en un determinado sujeto dando uso a elementos prohibidos. Particularmente soy una convencida que deberían legalizarse todas las sustancias, todas. Que deberían estar bajo la égida del estado, desde su producción hasta su comercialización, su venta y el abordaje de las personas que usen esas sustancias de manera problemática, porque las sociedades humanas han usado sustancias adictivas, drogas, como quieran llamarlas, desde que el hombre es hombre, se ha buscado de alguna manera huir de la realidad aunque sea por un momento, entonces... de todos modos en la Argentina estamos lejísimos de una sociedad así, o sea lo que estoy pidiendo es muchísimo. Pero debería estar controlado todo el proceso por un estado, un estado fuerte que regule la producción, distribución y comercialización y también el abordaje en salud, que el estado intervenga de manera multisectorial en la problemática. Estamos lejos de eso, no sé si algún día se dará y más en este país donde predominan las lógicas conservadoras, neoliberales, lo dudo. Es más fácil negar hasta que la problemática se te aparece delante de los ojos, pero bueno, ha habido momentos. De todos modos el uso problemático de sustancias hoy y la primera sustancia problemática sigue siendo el alcohol, a diferencia de lo que el imaginario social cree que es la marihuana, cocaína... a nivel mundial y en la Argentina no se escapa de esa estadística. La cocaína en el año 2012 en la Argentina según estadísticas que hizo la dirección nacional de Salud mental ocupaba el 3% comparado con el alcohol que ocupaba un 75% y el 22% restante estaba distribuido en otras sustancias como marihuana, pegamentos, paco. Pero bueno, yo creo que los momentos políticos influyen, el malestar en la cultura aparece en distintos momentos de la historia de la humanidad con determinadas caras y creo que hoy por hoy el uso de sustancias es una de ellas, habla por sí misma del malestar en la cultura en el cual todos los seres humanos vivimos y vemos cómo hacemos para sobrevivir con eso, que herramientas tenemos y cuáles no, también hay que entender que las circunstancias económicas, políticas de una familia es estructurante, una estructura psíquica no solo pasa por las tres etapas oral, anal y fálica, el complejo de Edipo, y todo lo que ya sabemos según el recorte paradigmático del psicoanálisis, sino también es como esas

formas por las cuales fue atravesando el niño o niña estuvieron interceptadas por las situaciones sociales, económicas, políticas de sus progenitores, de su familia, de la sociedad en la cual se va desarrollando. Si soy una convencida de que en la medida de que mas malestar en la cultura haya, mas crisis económica tenga un país, mas crisis política tenga un país, mas patologías de todo tipo va a haber. No lo digo yo, lo dicen los grandes escritores desde la psiquiatría más clásica como Henri Ey digamos, que suman estos factores hasta Freud pasando por filósofos. Creo que ahora, inclusive en el hospital se está sintiendo un aumento de demanda, y ya lo vivimos en la etapa del coletazo menemista 2001 De La Rúa, y ahora lo estamos empezando otra vez a transitar, y todavía falta el coletazo que se da, porque los procesos sociales e históricos no son en el momento, el impacto se lo ve mucho después, muy triste el momento y para salud mental ni hablar, imagínate que el director nacional de salud mental era director de salud mental de capital federal y fue capital federal el único que no adhirió a la ley nacional de salud mental, el único distrito del país que no adhirió. El director nacional de salud mental era director de capital federal en ese momento y fue el único que se negó a la ley y capital federal no adhirió a la ley nacional de salud mental, adhirieron todas las provincias y todos los distritos pero capital federal no, hoy lo tenemos como director nacional de salud mental y ya derogo 3 artículos de la ley que de alguna manera tienen que ver con los negocios que en salud mental se hacen. Así son los neoliberales, entonces las partidas presupuestarias siempre fueron bajísimas, se trabaja en todos esos abismos.

Entrevistador:

Quiero decir algo, no como un aliento optimista, sino más bien como una observación, y es que en momentos de crisis también se puede pensar.

Entrevistada:

Si, por supuesto que si, uno construye y se vuelve más artesano, pero también es cierto que uno nunca sabe, como trabajador de salud mental lo digo, es que esto uno lo podría trasladar a los pacientes y a su calidad de vida.

El síndrome de Bernout en los trabajadores públicos en salud y educación es altísimo. Imaginate si nosotros que se supone tenemos herramientas, económicamente podemos sostener nuestras propias terapias, date una idea las personas en situación de

vulnerabilidad extrema, en cuanto les acorta la vida digamos, esos momentos de crisis, en lo biológico y en lo subjetivo.

Entrevistador:

Sin dudas, se aumenta el malestar y sufrimiento...

Entrevistada:

La muerte...

Entrevistador:

Es una problemática que empuja a buscar subterfugios como dice Freud, a través de quitapenas.

Entrevistada:

Creo de todos modos que el problema no es la sustancia, el problema es cuanto uso y cuando la sustancia se transforma en un elemento de recreación y cuando empieza a borrar al sujeto, cuando no hay más sujeto digamos, no hay más sujeto que domine al objeto. La sustancia debe seguir estando como objeto en todo caso, el problema es cuando el objeto se apodera del sujeto, y ahí si se pone en riesgo la vida tanto desde lo biológico como la calidad de vida subjetiva, a la construcción que pueda hacer de su vida. Por eso que no toda persona que consume no tiene esa lectura, si a veces en el caso de adicciones o consumo problemático.

## **8.2 Segunda entrevista**

Javier Kelman - psicólogo

Entrevistador:

El primer eje temático tiene que ver con tu profesión, que ya me comentaste, especialización y años de trabajo en el sector público de la provincia.

Entrevistado:

Yo me recibí en la UNR en el 2010, febrero de 2010, va a hacer 9 años que me recibí. Cuando me recibí ya estaba trabajando en el hospital estaba haciendo la residencia de pre-grado, que en su momento, ahora creo que cambio, pero en su momento era una carrera de 6to año. Entonces durante todos estos años estuve viniendo al hospital y atendía pacientes en la sala de adultos. Después una vez que me recibí, al poquito tiempo me presente al examen de la concurrencia y continúe en el hospital, ya no como psicólogo de pre-grado sino como psicólogo concurrente. La concurrencia dura dos años y hay un tercero que es opcional. Cuando se termina el segundo año de la concurrencia justo es cuando se liberaron los cargos y hubo un concurso interno entre todos los concurrentes que estábamos en ese momento más los que se habían recibido un par de camadas anteriores y los dos cargos uno en una compañera mía y el otro lo gane yo, así que en realidad fue como una continuidad dentro del hospital, durante todo el 2009 fue la residencia de pre-grado, y después 2010 y 2011 o más o menos mediados del 2012 la concurrencia y ahí justo en mayo yo estoy digamos acá rentado desde junio de 2012 o sea que fue todo una continuidad y ahí bueno me quede.

Entrevistador:

¿Por qué elegiste salud pública?

Entrevistado:

Esa es una pregunta que hablamos con unos colegas. Cuando yo tenía que elegir un efector para hacer residencia de pre-grado, tenía ganas de hacerlas en un hospital público, no necesariamente el provincial pero si quería que sea un hospital público para tener un pasaje por lo público, no es que fuera de antemano un enamorado de lo público, pero sabía que la practica en el hospital durante ese año y la residencia antes de recibirme como que me iba a foguear una cosa que no se si en otro lado la hubiera tenido, tal vez si pero el imaginario no me lo hacía ver. Después una vez que entre al hospital todo lo que tiene que ver con el trabajo en equipo, como otros, institucional, es como que me fue alojando y enamorando. Después también durante muchos años tuve consultorio privado ahora ya no más y siempre opte por dedicarle mucha más energía y libido al hospital que al consultorio, siempre me gustó mucho más. El consultorio está muy bueno pero es más solitario que otros tipos de trabajo, así que bueno acá estamos apostando a hacer algo en salud pública.

Entrevistador:

Bueno, como te dije, estoy haciendo una investigación que toca el tema de los modelos de abordaje a problemáticas de sustancias tóxicas en adultos, entonces quería preguntarte ¿de acuerdo a tu función, con qué frecuencia en el hospital se ven con trabas para desarrollar dispositivos?

Entrevistado:

Si a ver, yo tengo dos funciones hoy en el hospital, una es en la guardia general de adultos, que adultos en realidad acá es a partir de los 15 años o sea que son adolescentes adultos podríamos decir, menores a 15 años van a la guardia pediátrica que es en otro sector del hospital y bueno del día que cumplen 15 años en adelante van a la guardia de adultos. Trabajo en la guardia de adultos y también hago consultorio externo con pacientes que llegan a pedir consultas. Por lo general se ven en cuestiones más extremas y más de guardia, ya sea con adultos, ya sea con niños pero que llegan pidiendo ayuda directamente, a veces ellos por su propia cuenta o a veces con una medida de protección de personas como un oficio judicial que tramitan los familiares o algún quipo de salud que ya está atendiendo al paciente y al llegar a una situación de consumo de total extrema piden una medida de protección para que se pueda empezar a intervenir con esa persona, porque por lo general son personas que no están en tratamiento, en su mayoría, después llegan personas en tratamiento que ya están alojadas en tratamiento, pero que por ahí tuvieron recaídas fuertes de consumo y el tratamiento como que no llega a darle alojamiento y vienen un poco a pedir, o lo que le llaman o en la jerga comúnmente se llama internaciones para desintoxicarse, que esto de la desintoxicación es una cuestión que tiene más que ver con la terminología de la medicina orgánica, o sea limpiar el cuerpo de consumo de sustancias y en algunos casos esto de la desintoxicación o deshabitación como le dicen los médicos, va más para el lado de cursar una internación para limpiar el organismo, llamémoslo así, y después si poder incluirse en una estrategia de tratamiento mucho más sólida en el caso de que ya vengan con un tratamiento ambulatorio, en el caso de que la idea es empezar a trabajar durante ese momento de desintoxicación para que de ahí se puedan alojar en un tratamiento ya sea ambulatorio o con internación depende de que se vaya evaluando de la problemática, por lo general, si llegan con un alto nivel de consumo de acá suelen ir a internaciones más específicas en instituciones más específicas que en su mayoría no son públicas, pero que la provincia tiene convenio con estas instituciones privadas para que la cursen los pacientes de internaciones ahí. Hoy en día a nivel público en lo que tiene que ver con adicciones en realidad hay como dos vías para tomar cuando ingresa el paciente, suponiendo que

ingresa por guardia como yo te decía, una es a través de la estación, que es una institución provincial que lo que hace es de alguna manera cuenta con algunos talleres adentro de la estación, pero además es una especie de gran derivador de esta problemática de adicciones, son ellos quienes se encargan de ver que institución tiene cama para internación, a donde podría ser alojado ese paciente, donde podría empezar tratamiento, que institución es más conveniente, dependiendo de la lógica y de la orientación hay pacientes que responderían más a una lógica de abstinencia, en estas lógicas de trabajo hay otros que por ahí trabajan más desde una lógica de reducción de daños y eso un poco lo va manejando la estación, y después, por otro lado están las becas de Sedronar (es un organismo a nivel nacional) que se manejan como en paralelo a la estación pero muchas veces trabajando todos en conjunto, muchas veces el es Sedronar que dice que hay cama vacante en tal lugar, camas vacías allá donde se puede llevar y se va coordinando el trabajo, de hecho muchas veces cuando entra un paciente con estas características y nos reunimos todo lo que sería el equipo tratante, viene gente de la estación, viene gente de la guardia, son reuniones medio multitudinarias.

Entrevistador:

¿Qué profesionales constituyen el equipo de trabajo?

Entrevistado:

La mayoría de los profesionales son del campo de la salud mental, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, acompañantes terapéuticos, algunos operadores comunitarios que son los operadores que trabajan en el barrio con referencia al centro de salud con las familias con los pacientes, muchas veces son esos mismos equipos los que vienen a pedir al hospital una internación para un paciente que por ahí no está en tratamiento pero lo conocen porque es de referencia al centro de salud y de alguna manera se pauta una internación programada que en la guardia es un poco raro porque es una demanda constante, pero se trata de que por ahí cuando hay una cama libre o que uno pueda planificarlo se avisa al centro de salud con algunos días de anticipación y el paciente viene a internarse.

Entrevistador:

¿Cómo *evolució* la demanda desde que arrancaste hasta el día de hoy?

Entrevistado:

Hubo muchas variantes sobre todo desde que se promulga la nueva ley de salud mental, porque no nos permite hacer una evaluación, creo que sería un tanto reduccionista leerlo como que a aumentado la población de consumo, que tal vez si haya sucedido, habría que ver las cifras del Sedronar y otros organismos que tratan de hacer estas estadísticas y todo eso, pero lo que si a aumentado es la demanda en el hospital general porque antes todos esos casos iban directamente al monovalente, al Agudo Ávila o a Oliveros. Desde que se promulga la nueva ley de salud mental con este espíritu de la *desmanicomialización* todos estos casos empiezan a llegar un poco al hospital general y sobre todo porque esto lo hemos visto mucho al hospital provincial en particular, todos los hospitales cuentan con equipo de salud mental pero de alguna manera el último tiempo lo vemos mucho en los oficios de tribunales que piden medidas de protección de personas que por ejemplo, un paciente que por geo-referencia, domicilio donde vive, le correspondería ir, vamos a suponer en un hospital en zona norte a la hora de tramitar esa medida de protección, el juez o el secretario, quien haga el oficio en ese momento, anota normalmente hospital provincial como si fuera el único organismo de derivación, y en realidad lo que correspondería, y estamos construyéndolo entre toda la red es que dependiendo del domicilio del paciente vaya al hospital que le corresponde o al sitio que le corresponda con referencia, pero si, se ah incrementado mucho, sobre todo en una población que va desde los 15 años, también la podríamos pensar desde más joven pero como van a la guardia de pediatría nosotros no tenemos contacto directo, pero desde los 15 que sería el límite de ingreso a la guardia de adultos en este hospital hasta los 25 o entre los 25 y los 30 que es una población tal vez con muchísimas más vulnerabilidades que hablar de la población adulta que consume o que también tiene adicciones, digo vulnerables por el momento psíquico que atraviesan de construcción en donde bueno, si se ha incrementado mucho.

Entrevistado:

Me respondiste varias preguntas con eso, incluyendo algo sobre los modelos de abordaje...

Entrevistado:

Si, de todos modos haría como una especie de corte tajante entre lo que sería un paciente que necesita cursar una internación si se quiere en una especie de comunidad terapéutica o un paciente que debería realizar un tratamiento ambulatorio probablemente con más de un profesional, no solamente con un espacio de psicoterapia. Cuando vienen



de un consumo fuerte, dejar de consumir a veces implica tener que estar medicado durante un tiempo por todo el tema de la abstinencia, los psiquiatras tienen algunos términos espaciales que tienen que ver con este deseo al consumo y que a veces algo de la medicación va como equilibrando eso. Entonces el primer corte sería tratamiento ambulatorio y tratamiento con internación, la internación siempre pensando, o sea con internación me refiero a internaciones dedicadas exclusivamente sin que se cronifique por el tema de adicciones, siempre pensando con un horizonte de alta, no que se pase toda la vida internado, algo lógico, en ese primer corte por supuesto hay muchas instituciones que alojan a estos pacientes y los internan y que cada una también tiene su lógica, por un lado la lógica de abstinencia pacientes que ingresan a internación no pueden consumir, lo tiene prohibido y la recaída es motivo de sanción algunos casos donde esto sucede a menudo inclusive se juega a que ese paciente pierda su lugar en el tratamiento o instituciones que se manejan más de una lógica si se quiere de reducción de daños, no tanto de abstinencia, esas serían las que conozco yo. Hago la aclaración porque no trabaje en una institución que se dedique exclusivamente a internaciones por adicciones. En tratamiento ambulatorio yo siempre lo pienso y me ha tocado tener pacientes en tratamiento porque atraviesan durante un tiempo más largo o más corto, pero que atraviesan problemáticas de consumo fuerte, en algunos casos podríamos catalogarlo no de consumo sino más de una posición de adicto. Me ha pasado las veces que trate de sostener tratamiento que no se sostuvieron mucho en el tiempo que eran tratamientos que aun con un espacio psicoanalítico y un médico psiquiatra al mismo tiempo y también compartiendo algunas cuestiones con un trabajador social lo que por lo general es población que llega en algún margen de vulnerabilidad social, entonces necesitamos otras intervenciones a nivel familiar y social también por eso apostamos con esos otros profesionales. Me ha pasado como te decía que no se sostienen mucho en el tiempo.

Lo que se trata de trabajar mucho más que nada en el interior de la guardia es la idea de clínica ampliada y toda la ideas que bajan desde Brasil, desde la línea de Sousa Campos de la región de Campinas, sobre todo porque tratamos de pensar una clínica donde si bien confluyen distintos profesionales de distintas disciplinas y obviamente cada uno con su paradigma y modo de pensar la salud, la idea es ir un poco construyendo entre todos en una visión mucho más superadora de salud. Y bueno esto obviamente conlleva un riesgo, el riesgo de que se borren los límites con las distintas disciplinas, que el equipo termine trabajando más que como un equipo como una

especie de enchastre donde no se sabría muy bien que hace cada uno por qué y para qué, pero es un ejercicio constante no es que uno no lo tenga tampoco tan claro, cada paciente que entra te presenta un desafío distinto si lo tratamos de abordar entre todos. Todos los días en la guardia de lunes a viernes hay un equipo que está conformado por un psicólogo, un psiquiatra, y un trabajador social, que estamos ahí, compartimos la mañana, y las situaciones que van llegando un poco las vamos conversando. Pero bueno a la hora de pensar este trabajo institucional, comunitario, ampliado el autor de referencia es Sousa Campos, creo que es lo más ordenador, después uno si, se puede nutrir, hay un montón de cosas de Foucault, el filósofo que están muy buenas para leerlas y tiene que ver con el trabajo adentro de una institución y las relaciones de poder, el hospital en sí mismo, el nacimiento del hospital...

Entrevistador:

¿Cómo ves las resistencias al tratamiento?

Entrevistado:

Cuando uno podría pensar que no se trata de un consumo esporádico y si de una adicción es muy fuerte desterrar la sustancia, primero porque se necesita de un verdadero deseo de ese paciente que llega querer solucionar algo de esto y aun cuando ese deseo esta, lo que algunos llamarían la motivación propia para dejar de consumir, aun cuando eso está, uno entiende que hay un montón de conflictivas a nivel consciente o inconsciente inclusive, que empujan a que la sustancia ahí este ocupando determinado lugar, entonces correrse de ese lugar es bastante complicado, porque si corremos la sustancia también está la otra punta de bueno, con que nos encontramos, con que conflictos nos encontramos a resolver y cuanto monto de angustia puede llegar a generar eso en la persona, entendiendo que la sustancia vendría a ocupar cierto lugar en la persona, uno intenta correr eso pero después hay que trabajar lo que viene, que en realidad es si se quiere la aspiración más grande que tenemos nosotros, no que deje de consumir sino que pueda pensar cuales son las situaciones que lo llevaron a ese punto que pueda hacer algo distinto con esa situación.

Entrevistador:

¿Cuáles son los problemas con los que habitualmente se encuentran en el trabajo con adictos?

Entrevistado:

En la guardia puntualmente hay muchos y comúnmente muchos oficios judiciales de chicos que están en esta franja etaria, aproximadamente entre los 15 y los 25 o 30 más o menos como para poner un margen con situaciones de consumo muy complicadas con una conflictiva familiar muy fuerte que a veces sustenta esta situación de consumo con niveles de violencia en la vida cotidiana extrema y vulnerabilidades pero no solo vulnerabilidades desde lo económico, a veces también, sino vulnerabilidades de los lazos afectivos muy fuertes. Últimamente estamos recibiendo muchos casos que están intervenidos por la dirección de niñez y adolescencia y familia, chicos o chicas que por ahí tienen una medida de protección o sea que se las retira de su hogar por un lapso de tiempo determinado para poder ir trabajando con la familia y mientras tanto son alojados en algún dispositivo de la dirección de niñez y aparecen muchas problemáticas en el orden de lo subjetivo y del lazo, la violencia, consumo, la prostitución en algunos casos, que ellos suelen directamente derivar al hospital que corresponda por referencia, pero si llegan muchos casos últimamente.

Por otro lado en todo grupo de trabajo y en toda institución el conflicto es inherente a la práctica misma, pensemos que a veces el conflicto es inherente a cuando uno solo trabaja en el consultorio porque piensa cosas, se pregunta cosas, va a análisis, va a supervisar. Cuando algo de eso se lleve a un terreno institucional y se comparte entre muchos el conflicto entre profesionales también es inherente a la práctica es parte de lo cotidiano de la práctica.

Ahora en relación a los recursos para poder brindar una atención venimos notando y lo venimos conversando con la dirección del hospital y así todo lo que sería la cadena de decisiones políticas porque tiene que ver con política pública de salud, la falta de recursos en determinados sentidos para poder dar una respuesta que por lo menos tenga aspiraciones de mayor, entre comillas, éxito terapéutico. Digo entre comillas porque sabemos que también después las consecuencias que puede tener el resultado de una intervención terapéutica para cada paciente es distinto y demás pero cuando intervinís en situaciones que son tan complejas, en el entramado familiar, en la vulnerabilidad en la cual la familia vive, que sería vulnerabilidad económica, en los lazos, en la violencia, hay cuestiones que hacen inclusive a decisiones políticas de determinadas cosas en salud, pero no solamente en materia de salud. Uno puede pensar en materia de salud que sí, que de repente un centro de salud está muy desbordado y sería bueno reforzar con

profesionales, con más cargos más horas, etcétera. Que podría hacerse y de hecho sucede, pero después eso también tiene que venir de la mano de otras políticas que apunten al trabajo, a la educación, a determinadas condiciones de vida, a la población, digo al estado como garante mismo de otras cosas que no son menos importantes a la hora de pensar la salud mental por lo menos situado en el texto mismo de la ley, digo la salud mental entendida como un entramado complejo, no solamente de la salud psíquica de la persona, sino de factores históricos, económicos, familiares, políticos... entonces un poco la falta de recursos, uno cuando piensa en esta falta de recursos que se podrían mejorar, solemos hacer hincapié en todas estas cuestiones no solamente en que haya más psicólogos o más psiquiatras si fuera necesario, que a veces también lo es, pero se piensa en un abordaje más integral. Digo de repente, que pasa si un chico adolescente entra a la guardia y cursa una internación en una comunidad terapéutica y después cuando sale de ese contexto vuelve al mismo barrio, con la misma realidad, con los mismos niveles de violencia, con los mismos niveles de narcotráfico, sin haber podido hacer un trabajo mucho más sustentable con la familia, es como trabajar en vano para que después la realidad sea nuevamente la misma.

Dentro del modelo la idea es que siempre se trabaje con la familia pero bueno después lo que se puede o lo que no se puede lo que cada familia puede tomar de esos espacios o no y hasta cierto punto y muchas veces con familias que están súper preocupadas por la salud de ese adolescente, de ese joven.

Entrevistador:

¿Pensás que el entorno vive las cosas con mayor sufrimiento que el adicto?

Puede ser, cuando uno piensa en consumo tiene que preocuparse por muchos factores. Uno es el acceso que se pueda llegar a tener a determinada sustancia que hoy en día el acceso esta universalizado y cualquiera puede acceder y por otro lado la conflictiva de base de la persona y ahí sabemos que influye la historia, el entramado familiar, como circula el deseo, pero como circulaba inclusive desde hace tiempos atrás, antes de que ese joven llegue al mundo. Pero a priori te diría que no necesariamente sufre más la familia que el adicto, si cuando uno empieza a instalar un espacio donde se pueden hacer muchas más preguntas y así es que las conflictivas van a empezar a aparecer. Pero no lo pondría como una especie de estereotipo de que si o si va a pasar de que el sujeto adicto viene de una familia determinada o de otra. Pero el sufrimiento depende de la posición subjetiva de los participantes, a veces si pasa que sufren mas, a

veces pasa que la persona por la cual se pide internación todavía no se puede pensar con un problema y la familia ya se percata de que hay un problema y bueno a veces no, independientemente de la edad que se tenga, a veces el que llega pidiendo ayuda es quien tiene el problema en carne propia.

Entrevistador:

Me hablaste del cese del consumo y reducción de daños que al parecer podrían plantearse como objetivos dentro del equipo de trabajo, en caso de que así se los formule y los planteo ¿en qué medida se logran?

Entrevistado:

No sé hasta dónde serían medibles, y también depende mucho como uno piensa el resultado. Está bien que son problemáticas súper complejas, pero yo te puedo decir lo que para mí significa tener algún resultado positivo, yo, cuando un paciente que me ve aunque sea por una única vez a mí, puede pensar algo distinto y se puede hacer alguna pregunta, yo creo que ahí algo ya es distinto, aunque después la persona siga consumiendo con los mismos niveles de consumo, no los cambie, independientemente de eso. Después uno podría pensar resultados si se quiere desde otras disciplinas, la medicina te dirá algo distinto de esto de la deshabituación de consumo, la psiquiatría también pensará cosas distintas, que alguien que no puede parar con una conducta destructiva, de repente se permita preguntarse algo distinto en relación a eso, yo creo que ahí ya marca que el terreno, ya es más propicio para que sucedan otras cosas. Ahora también como te decía antes que sucedan o que no sucedan otras cosas, depende mucho del contexto, depende de cuál es la realidad sociopolítica, económica que está viviendo, que posibilidades también existen de otras cosas, que posibilidades se le brinda a un paciente para que pueda construir algo distinto, o si a veces el contexto empuja tanto que uno por más que se siente una, dos, tres, cuanto, veces por semana a hablar con un psicólogo, después la realidad empuja distinto, y el pibe vuelve al barrio y en el barrio sigue habiendo tiros, sigue habiendo narcotráfico, sigue habiendo compra y venta de drogas a 20m de la casa, los padres siguen sin tener trabajo, son muchas problemáticas juntas que confluyen me parece.

Entrevistador:

Bueno, según lo que me venís diciendo ya más o menos supongo la respuesta a la siguiente pregunta que va referida a las causas de una adicción...

Entrevistado:

Claro, es lo mismo que te venía diciendo antes, no se puede pensar en una única causa, es una multiplicidad de factores en donde si la estructura tiene que estar determinada de diferente manera para que uno incluya una sustancia que venga a ocupar determinado lugar, pero al mismo tiempo que algo de eso se vuelva una adicción eso que uno no puede manejarlo, no puede controlarlo, son factores psíquicos, y no son más importantes ni menos importantes que lo social, económico, político, que toda la coyuntura creo que hace que confluya una cosa con la otra. Por eso también está bueno trabajar de manera interdisciplinaria, sino uno se quedaría solamente con una mirada muy reduccionista, de que ese problema que tiene ese paciente que vino a vernos es solamente por como yo puedo ver el problema que soy psicólogo y que trabajo con la realidad psíquica si se quiere. Y bueno, ¿qué hacemos con todo lo otro no?, como lo abordamos, ahí es donde parece que también es fundamental el trabajo con otros profesionales, sino estaríamos tapando el sol con las manos y tratando de hacer algo con eso, pero se me ocurre más por ese lado. Hasta cuando uno piensa en la realidad psíquica, que podría determinar psíquicamente que una persona se vuelva adicta, tampoco puede plantear un único motivo para todas las personas que se vuelven adictas, son cuestiones singulares en cada caso y es siempre averiguar lo que el paciente fue construyendo porque para determinado paciente la droga vendrá a ocupar un determinado lugar X y para el paciente que está al lado que tal vez consume la misma sustancia, la misma dosis, la misma cantidad de veces por semana, y tal vez sea distinto, habrá que ir construyendo la propia realidad del paciente en función de ir reconstruyendo la historia.

### **8.3 Tercera entrevista**

Giordano Ileana - neuróloga

Entrevistador:

Me gustaría saber sobre tus estudios, profesión, especialización.

Entrevistada:

Soy Neuróloga clínica, hice clínica médica antes; ya cuando vengo como especialista a la zona me encuentro con que haces un poco de todo, una expansión a otras áreas que no son específicamente tuyas, básicamente porque tenés el manejo de medicación similar. Entonces soy el punto de contacto actual en la zona para Salud Mental también y para neuropediatría que tampoco es lo mío pero que veo bastante. En general derivamos a las sub-especialidades a Santa Fe pero como cuesta mucho conseguir los turnos habitualmente el primer contacto es con migo. Trabajo en el hospital de acá en la parte pública y en la zona por fuera de la ciudad más en la parte privada que en la parte pública.

Entrevistador:

¿Hace cuantos años trabajas en Salud Pública?

Entrevistada:

Hice toda la formación en el Hospital Centenario de Rosario y después viaje y trabajé siempre en el Hospital, hasta ahora fueron catorce años de Salud Pública... ¿no serán demasiados? No pero a mí me encanta, me cuesta mucho manejarme en el ámbito privado, creo que cuando trae cosas de la formación después cuesta insertarse en determinados lugares. A ver en la parte pública vos ingresas con el paciente, seguís las indicaciones y te dedicas a eso y después se hace todo el trámite, en las instituciones privadas es al revés, o sea si no haces todo el trámite, si no se hace la captación de la obra social por ejemplo, el paciente no ingresa, entonces esta esa diferencia conceptual desde el inicio que está bien porque para eso se dedican, son empresas, pero a mí me cuesta.

Entrevistador:

Y con respecto a tu experiencia en adicciones a sustancias tóxicas...

Entrevistada:

Tuve muchas experiencias, pero en general trabajamos con el equipo de Salud Mental. Básicamente llegan porque cuando el consumo se vuelve problemático hay que hacer un apoyo farmacológico. Entonces las captaciones son de psicología y cuando se empiezan a tratar abstinencias por ejemplo es la parte donde yo apoyo, o bien cuadros de adicciones que ingresan por abstinencia al consumo, por excitaciones psicomotrices como puede ser por cocaína, donde directamente intervengo yo con el medicamento

farmacológico para eso y después hacen el camino inverso digamos, a partir de ahí se deriva al consultorio de psicología.

El tema tuvo como épocas de mucha demanda, sobre todo cuando se empiezan a mezclar los consumos de marihuana y alcohol o de cocaína que hay en la zona, pero no es tan frecuente de ver.

Entrevistador:

¿No es tan frecuente que la persona que consume vaya hasta el hospital?

Entrevistada:

En general por consumo de cocaína caen o por una crisis de excitación psicomotriz o por una crisis de abstinencia o por episodios de hetero-agresividad, y habitualmente revelan el consumo. Lo otro es alcohol, hay muchos casos y es una problemática totalmente instalada e invisible. El consumo de alcohol es mucho, ocasional, familiar, totalmente solapado, completamente internalizado, te diría, en la sociedad. Cuando cuestionan esto de los accidentes de tránsito a veces de los chicos alcoholizados, mi pregunta es siempre ¿Cuándo vos salís a cenar cuantas botellas de vino te tomas? Una como mínimo, y ¿dejas el auto o manejas? Noo! Pero yo manejo, un adulto, 40 años, 50 años. Están conduciendo de manera indebida igual que ese chico que maneja con una cerveza encima y tenés 20 años más. Entonces hay cosas que uno ve que funcionan con un mecanismo de negación impresionante, colegas eh. No manejes, que te lleven, que te traigan, come en tu casa si no te tenés que ir a ningún lado.

Entrevistador:

Si, por eso la investigación va referida a los tóxicos en general que se consumen y no tan específico al algo que sea ilegal por ejemplo.

Entrevistada:

Sí. Otra cosa es que también manifiestan a través de un episodio agudo esto de la recurrencia que a veces está más controlado el consumo a veces no, molesta en un lugar, en una sociedad chica esta cuestión de que cuando el consumo llega a niveles de papelón por ejemplo para decirlo de alguna manera. Pero si el consumo es en la casa y se va a dormir y no molesta es como que bueno, no digo que no afecte a la dinámica familiar, por supuesto que afecta, pero se tolera y se va adquiriendo tolerancia.



Entrevistador:

¿Pensás que hay un sector de la sociedad que se encuentra más afectado?

Entrevistada:

Creo que llega a todos, lo que pasa es que hay a veces más invisibilidad y está más disimulado en la clase media y alta. Pero el consumo social en general es alto, a veces es cuestión del lugar porque no hay demasiadas actividades recreativas, uno no sale sino que solamente para comer y tomar y hay un consumo importante de alcohol. Deberíamos andar todos caminando.

Entrevistador:

¿En relación a las modalidades de intervención, algo me dijiste pero para ampliar, conoces otras modalidades?

Entrevistada:

Básicamente, cuando hay manejo farmacológico el equipo se arma alrededor de un profesional médico, depende de la amplitud que tenga ese profesional médico para trabajar en equipo, ese equipo funciona y la intervención es más interdisciplinaria o no. Si el médico está en una posición hegemónica, farmacológica y bueno, también es un modelo de intervención, pero muchas veces en el inicio cuando hay síntomas muy evidentes de excitación psicomotriz, abstinencia o agresividad, la familia se tranquiliza más con la intervención farmacológica que con psicoterapia o la intervención de profesionales de psicología, donde también hay que empezar a remover muchas cuestiones de la estructura familiar que son dolorosas. Lo que pasa es que eso a largo plazo no funciona, solo eso no funciona. O el paciente abandona la medicación o tiene problemas por manejo de dosis altas de cualquier psicofármaco y bueno para mí esos modelos ya no funcionan. Incluso a nosotros nos está faltando mucho, fuera de lo que será lo institucional, la red social, se han intentado algunas ONG, tenemos algunos sistemas pero son religiosos, se han intentado desde varios lugares armar una red de contención social, el tema es que en la práctica no se sostienen en el tiempo y bueno lo externo es lo que está faltando.

Nosotros las veces que tuvimos situaciones muy problemáticas fueron de pacientes psicóticos con consumo de alcohol o de alguna otra droga. Entonces se demanda internaciones por periodos de tiempo de tres a seis meses para estabilizarlo y después

seguir el control, pero lo que hay que estabilizar muchas veces es el cuadro de base, no tanto el consumo. Después cuando se manejaron internaciones específicamente por adicciones se manejaron bastante por fuera del equipo, o sea por otras personas que tenían el contacto y bueno por eso te digo que cuesta armar la red para trabajar desde un lugar donde hablemos todo el mismo idioma. Tenemos gente muy orientada a la internación que no está más acá, hay programas que están viniendo de la provincia como el Nueva Oportunidad que creo se inició en Rosario, con esos chicos se está trabajando en los centros de salud periféricos y se trata de que se haga una actividad económica con alguna remuneración, pero falta...

Entrevistador:

¿Cuáles son los principales problemas que se presentan?

Entrevistada:

Para mí tenemos un problema de adolescentes y gente joven que están fuera del sistema de salud, porque en realidad no tiene patologías son gente relativamente sana, después de los 13 años aproximadamente cuando la madre los deja de llevar al sistema de Salud se nos pierden no los recuperamos para un control, salvo para algún certificado, se consulta mucho a la guardia de los Hospitales, no es mucho el lugar para manifestar otras cosas, y el problema es el tiempo libre, hubo muchos años donde las redes sociales-institucionales estuvieron desaparecidas, como por ejemplo los clubes, no había deportes, no había nada, y eso es lo que hace que este grupo de chicos sean más vulnerables porque están sin ir a la escuela, sin tener una actividad fija, sin trabajo porque tampoco hay, pero tienen esto de poder andar en moto, circular a cualquier hora, de consumo de alcohol bastante precoz, y nosotros para esa edad no tenemos nada armado ni estandarizado, las consultas se dan a partir de consultas puntuales de madres que vienen porque sospechan que el hijo está consumiendo, de chicos donde el consumo se le está desbordando y piden ayuda, pero bueno, esta parte falta.

La Salud Mental se instaló no hace tanto tiempo, digamos a partir de la ley de Salud Mental a plantear estas cuestiones de la recepción, cambiar el enfoque y la recepción de estos pacientes en un hospital general. La recepción, la contención, el seguimiento, uno no hace milagros por más que un chico se interne diez meses y pase la fase de abstinencia aguda, digamos, después hay que hacer un sostén que eso siempre se tiene que dar localmente, esa red estuvo en algún momento mejor armada, por épocas

también menos armada, según las gestiones. Hay como una predisposición a eso, se trabaja mejor por ahí cuando volvemos a concepciones de Salud donde se trata por ejemplo un infarto como algo agudo y no como un rejunte de cosas, retrocedemos y bueno creo que también cambian los lineamientos. Internar a un paciente hasta seis meses era mala palabra con todo esto de la Ley nueva de Salud Mental y hoy uno ve que esa dinámica está volviendo y que uno se tiene que tratar de plantar en el medio, en el caso por caso, ver que caso requiere internación que casos no, aceptar las sugerencias del equipo, nosotros estuvimos en experiencias satisfactorias con las internaciones y otras terribles. Y cuando habitualmente el equipo no está bien sostenido empiezan a aumentar las fallas, que básicamente son de comunicación. A mí me paso con un chico con consumo de marihuana que se estaba desbordando, lo dejo yo dos días para usar sedación e ir haciendo el trabajo de la terapia, el acepta quedarse, dice que no lo podía manejar en la casa, estaba con alucinaciones y con conductas agresivas, muy consciente de la situación; se queda internado un jueves y un viernes y el sábado lo ve una médica de corrientes que viene de guardia, lo ve estable y le da el alta, y el motivo de la internación del chico era otro, lo cual no pudimos hacer mucho hasta que lo recuperamos en otro episodio de desarreglo de consumo ocho meses después. Y a veces es difícil trabajar porque los médicos de guardia suelen ser de afuera, entonces tratan el evento de manera aguda, hasta un intento de suicidio. Eso era algo que lo teníamos muy trabajado, lo teníamos muy armado. Hoy ingreso un paciente con dos intentos en diez días y le decían mira, el muchacho está bien, tiene un curso de conversación coherente, está más sano que vos y que yo; entonces le digo, tiene dos intentos en diez días no puede estar afuera, no importa, no hagas la papelería la hago yo, pero este paciente se queda, porque eso está muy bien protocolizado y aparte, si no quieres actuar por el paciente actúa en defensa del ejercicio de tu profesión, no te espongas, porque si vos le das el alta a ese paciente, que viene derivado y va y lo consigue tenés una responsabilidad, tenés responsabilidad como médico general, no como psiquiatra, no como parte, tenés una responsabilidad como médico. Así que bueno, hay avances y retrocesos, no es lineal digamos.

Entrevistador:

Muchos me hablar ya de los intentos de suicidios en la zona...

Entrevistada:

Es una patología que en toda la zona, en todo el norte, las estadísticas son alarmantes, sobre todo de gente joven, y bueno tiene que ver con una cuestión de muchas veces con rachas de suicidios, donde se veía así la solución a cualquier sufrimiento, el fin de cualquier sufrimiento, eso está internalizado y yo creo que esto tiene que ver básicamente con la ocupación del tiempo libre, esta cosa de que no hay mucho para hacer, mucho para andar, siempre se anda en lo mismo. El otro día me enoje mucho porque tengo un paciente que es ex-etilista y epiléptico que casi nunca adhiere a su tratamiento, lo acompaña siempre un hijo que lo traía de los trece años y se quedaba con él, el chico te decía que medicación tomaba el padre y ahora la había dejado de tomar y yo dije bueno, una cosa más de lo mismo. Se interviene digamos, los asistentes sociales van cada tanto, el paciente esta, pero se terminó suicidando ese chico, el hijo. No sé si es la carga de sobrellevar la carga de la patología del padre solo, solo con un abuelo mayor.

Entrevistador:

Volviendo al tema de los modelos de intervención para adictos a sustancias, ¿cómo se plantean los objetivos los profesionales en el sistema de Salud Pública?

Entrevistada:

Nosotros tuvimos como un momento post estos episodios de suicidio de adolescentes y demás, hubo un periodo donde hubo recurso de todo tipo, humano, económico, etcétera, y en ese momento estuvo muy bien capacitado el personal muy claro los objetivos que teníamos, estos divididos por edades. Hoy te diría que está menos protocolizado, la idea siempre, porque partimos de un modelo medico clásico y hegemónico, es el abandono de consumo. Ese es el objetivo que se plantea siempre, no tenemos, si bien el encargado de Salud Mental es y son mas de otra corriente, termina imponiéndose siempre el intento del abandono del consumo, lo que pasa es que siempre como son pacientes que por trastornos de personalidad y por el mismo habito recaen, cuando vos lo planteas solo de ese punto de vista lleva al agotamiento del equipo y de las intervenciones porque recae, recaen y recaen, entonces cada recaída no solamente es un fracaso del paciente en el objetivo de su tratamiento, sino que lo plantea el médico como un fracaso de su práctica. Yo creo que eso si bien todo lo que sea disminución de riesgos tampoco tiene que ser así. O sea, yo no estoy parada ni en una cosa ni en la otra, tenés que ver cada situación, tenés que andar por el medio, y tenés que ver las realidades individuales porque también hay situaciones donde uno dice, yo en el lugar de ese chico

con todo lo que le paso a la mitad de la edad que yo tengo hubiera consumido todo lo que encontraba, y vos sabes que esa realidad probablemente para el no cambie en el corto plazo.

Entrevistador:

¿Qué es lo que contribuye a los alcances del sistema de salud?

Entrevistada:

Yo creo que siempre hay maneras de intervenir, maneras de derivar, maneras; cuando el equipo local del sistema están conectados y hay que resolver la situación de un paciente puntual, se resuelve. Cuando se quiere se puede. Después pasa que hay pacientes que naturalmente andan bien y los más difíciles de manejar son los pacientes que navegan en el gris, porque no se le viene todo el sistema encima, por ahí se pierde, por ahí vuelve a consumir y los pacientes de casos críticos que han tenido mucho seguimiento y que se yo, están mejor. Si bien la red está establecida el alcance depende de cada situación individual.

Entrevistador:

Bueno, cambio de eje temático y me gustaría saber, según tus paradigmas, como se construye o cuales pensás que son las causas que constituyen una adicción si es que se podrían plantear...

Entrevistada:

Trastornos de la estructura de la personalidad, alteraciones de la estructura familiar, siempre hablo de un Yo débil, no sé si está bien dicho. Hay gente que tiene una personalidad en la que su y necesita un bastón, y ese bastón puede ser cualquier cosa, desde una pareja absolutamente dependiente de ella, que es el sostén, hasta una sustancia. Y bueno, después depende toda la estructura que te rodea y de la fortaleza de ese Yo. Así como hay gente que prueba y sale hay gente que prueba, tiene consumo a veces regular y no desarrolla un consumo problemático una adicción, muchas veces pasa que sí. Nosotros tenemos chicos de 8 y 10 años con consumo de poxiran, algo de paco, menos marihuana, pero de pegamento mucho, chicos de 15 años que dicen que consumen desde los 8, por supuesto con una estructura familiar desintegrada con abusos de lo que se te ocurra, maltratos físicos, sexuales. Y bueno estos que nacen estrellados, los que nacen con estrellas, de que alguno por algún lado logran salir y superar esas

situaciones desde el mismo origen y otros que no. A veces el rescate es de una vecina, que se empezó a quedar ahí, que le cocina, y si, eran siete hermanos pero por una cuestión de afinidad se acercó a ese y el resto quedo atrás, también abuelos muchas veces, mas antes que ahora pero había muchas intervenciones de abuelos jóvenes de 38 años que cuidan a sus nietos de madres con adicciones o con situaciones de violencia de pareja, etc.

#### **8.4 Cuarta entrevista**

Montiel Martin – psicólogo

Entrevistador:

El primer eje temático que quisiera indagar tiene que ver con tu profesión, especialización...

Entrevistado:

Soy psicólogo, me recibí en el 2005 en la Universidad de la Cuenca del Plata en corrientes, tengo una especialización la cual consiste en la residencia interdisciplinaria en Salud Mental. Esa especialización se hace en un hospital de la ciudad de Corrientes, que se llama Hospital San Francisco de Asís. La residencia es un sistema de becas en el cual uno se va capacitando en intervención en ese caso en un hospital monovalente, pero que se dedica a intervenciones en diferentes tipos de situaciones de sufrimiento mental y generalmente se utilizan manuales, con lo cual dicen trastornos mentales como esquizofrenias, debilidades mentales, adicciones...

Entrevistador:

¿Y en qué momento iniciaste el trabajo en el sector público?

Entrevistado:

Inicie, podríamos decir, la residencia, en el año 2006. Me recibí en el 2005 en diciembre y en el 2006 empecé la residencia, si bien es una beca, una capacitación, no obstante uno allí como psicólogo hace intervenciones. Es decir, se empeña también como profesional, si bien esta en cierta medida en el amparo de una institución que tiene

sus profesionales es decir, psicólogos, médicos, psiquiatras, que son contratados, son de planta, no obstante, uno también tiene margen para muchas intervenciones. Es decir, yo trabajo en el sistema de Salud Pública desde el 2006, termine la residencia en el 2010. En ese momento inicie el trabajo acá, en el Hospital de Villa Ocampo, que es un Hospital ya no monovalente, sino polivalente. El hospital monovalente se suelen decir aquellos que atienden un aspecto o una patología, supongamos, hay en corrientes un hospital que es el Cardiológico y se aboca específicamente al estudio de las patologías del área podemos decir de la patología referente al corazón, se suele decir también de los hospitales psiquiátricos o antiguos neuropsiquiátricos que son monovalentes, porque se dedican específicamente a atender el área de la salud mental, aunque con las nuevas leyes actualmente están modificándose y quieren proponer que se atienda desde un punto de vista más amplio, más complejo. Acá en Ocampo, en el 2011, empecé a trabajar en el área de Salud Pública en un hospital polivalente, es decir que atiende la salud en general, en un Hospital de cuarta categoría. En ese momento en el cual me citan para trabajar, no había ningún servicio de Salud Mental. Entonces inauguro de alguna manera el trabajo como psicólogo en lo que es consultorio externo del hospital, lo que se suele decir, atención ambulatoria y también en una apoyatura para con la guardia de urgencias médicas. O sea el psicólogo, el servicio de Salud Mental, empieza a trabajar apoyando a las urgencias médicas cuando la urgencia médica tiene una implicancia en Salud Mental o una implicancia en relación a lo social, a las problemáticas sociales.

Entonces, me preguntaste de cuando, del 2006 que trabajo en corrientes de continuo y en 2011 que trabaje acá en el hospital polivalente que es un hospital de cuarta categoría y actualmente estoy trabajando nuevamente en corrientes en el hospital de Salud Mental como psicólogo de planta en un área específica de adicciones, dentro del área de adicciones en un dispositivo específico que es la comunidad terapéutica para adictos.

Entrevistador:

¿Por qué elegiste orientarte hacia lo público?

Entrevistado:

Las razones pueden ser varias, en principio podemos decir se abrió una posibilidad de trabajo, un puesto para un psicólogo. Yo en ese momento también terminaba la

residencia y seguí trabajando en cierta medida en corrientes y bueno también tenía que buscar donde desempeñarme. Se abrió en Villa Ocampo la posibilidad de un puesto para psicólogo, me entere de eso, concurse, se hizo una especie de concurso, vino el director de Salud Mental de Santa Fe que en ese tiempo era Gustavo Castaño, y bueno, me hicieron una serie de entrevistas, pidieron curriculum y pude entrar ahí. ¿Porque vine? Bueno porque me interesaba trabajar como psicólogo, me quedaba cómodo también venir a Villa Ocampo, me interesaba el área de la salud pública. No sé si respondo con eso a tu pregunta...

Entrevistador:

Si respondes, me interesaría ahora pasar a otro eje que trata sobre la experiencia en el sector público de la provincia y ver con qué frecuencia te encontrás y se encuentran con la necesidad de realizar abordajes a problemas de adicciones a tóxicos.

Entrevistado:

Mira en ese tiempo no fue la demanda más habitual, hubieron si demandas por consumo problemático de alcohol, algunas demandas también, podríamos decir, por lo que se suele llamar adicción, pero verdaderamente aquí en el Hospital de Villa Ocampo es escaso, no tenemos estadísticas echas. Las demandas fueron bastante escasas en ese ámbito. Cuando uno dice en adicciones, la palabra adicciones es una palabra que está en cierta medida cuestionada, la palabra adicción, toxicomanía, son palabras que vienen del ámbito de la psiquiatría. Actualmente es bastante cuestionada esa terminología, tanto es así que en Salud Mental se propone empezar a hablar de problemáticas de consumo. ¿Porque? Porque se está viendo que muchas veces las personas que tienen problemáticas de consumo, doy un ejemplo, la persona sale un fin de semana consume alcohol en gran medida se embriaga, conduce un vehículo y tiene un accidente; ese accidente o ese consumo de alcohol puede implicar una problemática inclusive grave de mucho riesgo para su vida o inclusive para la vida de terceros, pero puede ser o puede suceder que esa persona no tenga una adicción. O sea tiene un consumo el cual podría ser inclusive bastante frecuente pero que es un consumo que esta socialmente afectado o muchas veces socialmente inducido, el alcohol en uno de esos casos, uno prende la tele y en todo momento podemos ver propagandas que sugieren que la felicidad tiene que ver con el consumo de alcohol para pasarla bien, etc. Pero al mismo tiempo se cuestiona el concepto de adicción o adictos, también como con el concepto de toxicomanías porque mucho tiempo ese concepto estuvo ligado a prejuicios, por ejemplo cuando uno



dice: “este es un adicto”, muchas veces hubo prejuicios ligado a que era una mala persona, que era marginal, que era problemática, a que era una persona violenta, y bueno, se optó por decir así, más en general consumo problemático aunque esto no niega que dentro de los consumos problemáticos algunas personas desarrollan lo que en psiquiatría se suele denominar una adicción, es decir, alguien que tiene dependencia al consumo de drogas, o de alguna droga, entonces hablamos de adicción a la cocaína, adicción a la marihuana, adicción al tabaco, adicción al alcohol, o policonsumos.

Entrevistador:

¿Pensás que hay un sector de la población que resulta más afectado?

Entrevistado:

Aquí en Ocampo no lo vi, no lo pude notar. Que si noto por ejemplo en la provincia de Corrientes y en la Ciudad de Corrientes, pero esto que te estoy diciendo tiene que ver con los que habitualmente consultan. Generalmente en el Hospital de Corrientes llegan consultas de personas que tienen dificultades de pobreza, familias multi-problemáticas, etc. Quizás podemos suponer que otras personas que pertenecen a otras clases sociales consultan en otras áreas, que uno sabe también que el consumo de sustancias es extendido en diferentes franjas etarias y en diferentes clases sociales. Ahora pese a eso sabemos que más habitualmente en la Salud Publica consultan las personas de menores recursos, aquí en Villa Ocampo no obstante eso yo no lo pude notar, es decir que consultan personas de clase media o clase media baja y personas de bajos recursos.

Entrevistador:

¿Y en cuanto a adolescentes y adultos?

Entrevistado:

La mayoría de las consultas tienen que ver con adolescentes muy jóvenes más o menos de 20 años. Eso es acá en Villa Ocampo, podríamos dar una franja entre 20 y 30 años. Pero son las consultas que yo recibía, no obstante en Corrientes la franja etaria es otra, van desde los 13 años inclusive, muchas veces pasan, pero como el hospital es un hospital de adultos los chicos adolescentes de 13 o 14 años se derivan al pediátrico y se atiende desde 15 años en adelante.

Entrevistador:

Bueno, hago un punto acá para poder pasar a otro que tiene que ver con las modalidades de abordaje que conoces...

Entrevistado:

Las modalidades de abordaje son varias las que conozco, pero podríamos decir que en el hospital de acá, debido a que ese estilo de consulta no fue el más frecuente no se estableció un servicio específico que atendió específicamente las problemáticas del consumo o adicciones, pero si se recibían demandas en general dentro de los cuales podrían ser también problemáticas de consumo. Como se abordaban aquí, desde el servicio de Salud Mental que estaba armado por un psicólogo, por un grupo de asistentes sociales, no había psiquiatra en ese momento y creo que actualmente aun falta, que recibían demandas espontaneas y se atendían por consultorio externo por ejemplo. Podían ser demandas de derivaciones de otras instituciones, que deriven por ejemplo de una escuela, o que deriven de juzgados, o que algún otro profesional por ejemplo un medico derive o también era un servicio que trabajaba en conjunto, articuladamente, con la guardia de urgencias médicas. Supongamos que alguien caía en un estado de intoxicación, se atendía en ese momento, desde el punto de vista médico o desde el punto de vista biomédico, pero la guardia médica articulaba la posibilidad de interconsultas con psicología. ¿De qué manera se atendía? Bueno, lo que suele ser una consulta típica, por consultorios externos, psicoterapia, no hubieron, en el tiempo en el cual yo estuve situaciones de urgencias, ni urgencias médicas, ni urgencias en Salud Mental relacionadas con el consumo de drogas. Durante los tres años que estuve trabajando en ese Hospital no hubo, pero si consultas, no de urgencias, o sea personas que atravesaban dificultades de consumo de alguna droga, como cocaína, marihuana, alcohol, y hacían una consulta no de urgencia, sino una consulta al servicio de Psicología del hospital. Como en ese entonces el hospital no disponía de Psiquiatría en los casos en que yo evaluaba la presencia de una adicción, ¿Cómo se evalúa la adicción? Es decir hay un consumo generalmente crónico, generalmente compulsivo, de la sustancia y que debido a esa compulsión a producido dependencia, es muy factible que se produzca en la persona también, cuando deja de consumir o cuando quiere intentar de consumir, una serie de síntomas, subjetivamente muy negativos y desagradable, que se llama síndrome de abstinencia, podrían ser temblores, sudoración, ansiedad extrema, ganas impulsivas de volver a consumir la droga. Por lo tanto en esos casos si la persona solicita un tratamiento que consista en el cese del consumo se necesita muchas veces la atención psiquiátrica porque la psiquiatría brinda fármacos sustitutivos de la droga

problemática, estos fármacos sustitutivos aminoran en gran medida el síndrome de abstinencia en la persona si es que quiere dejar de consumir, así logra mantenerse abstinentes. ¿Cómo hacíamos? Bueno, articulábamos con el servicio más cercano que generalmente era de Reconquista, se le sugería a la persona que saque un turno si tenía medio, se le sugería que podía ir al hospital de reconquista, había allí dos psiquiatras en ese entonces, o si tenía otros recursos económicos que podía atenderse o consultar de manera privada con algún psiquiatra de reconquista. Cuando la persona tenía dificultades el mismo servicio social que estaba articulado con el servicio de Salud Mental se encargaba de articular y de conseguir o sacar los turnos, y en algunos casos también gracias a la Municipalidad de conseguirle los pasajes o de llevar a la persona de bajos recursos en la camioneta, en ambulancia, del Hospital o de la Municipalidad hasta el turno de reconquista y traerlo nuevamente. Es decir era un trabajo, podríamos decir, multidisciplinar, el paciente podía tener la opción a psicoterapia, podía tener la opción a psiquiatría, pero por consultorios externos, es decir, ambulatorios. No había internaciones específicas para adicciones.

Entrevistador:

¿Cuáles son los problemas con los que se encontraban a la hora de desarrollar los dispositivos que aborden problemas concernientes al campo de la Salud Mental?

Entrevistado:

En ese entonces si había cierta dificultad en esto que te comente de tener que derivar hasta otra ciudad a 90km para que la persona pueda tener turnos con un psiquiatra. Esa dificultad se presentó en ese entonces. Ahora que recuerdo hubieron dos o tres casos donde el consumo o la adicción era tan problemática, es decir había desarrollado tanta dependencia, que estas personas no podían sostener un tratamiento ambulatorio porque el consumo volvía a suceder y la persona tenía una incapacidad de abstenerse a consumir y muchas veces una incapacidad de detenerse en el consumo supongamos de alcohol. Se presentaba entonces una situación de riesgo, el tratamiento ambulatorio no podía brindar allí una especie de disminución del consumo y mucho menos una abstinencia, un cese del consumo. Como aquí en Santa Fe no teníamos recursos habíamos logrado articular con corrientes, es decir que estas personas logren internarse en algún dispositivo de la ciudad de Corrientes, eso sería otra de las dificultades, es decir, se atendían determinados casos, que podían abordarse por consultorio externo, que podían abordarse así como te conté ambulatoriamente de manera multidisciplinar

pero siempre y cuando el consumo no sea demasiado exagerado, a veces también cuando la persona contaba con una familia que acompaña, con una familia que contenga, o con determinado sostén de otras instituciones, tales como escuelas, clubes, iglesias, amistades, es decir, cuando la persona contaba con cierta red de soporte socio-familiar institucional que le permita sostener un tratamiento ambulatorio. En aquellos casos, insisto, que fueron dos o tres en el tiempo en el cual estuve, cuando la persona presentaba un consumo muy desmedido, cuando se presentaba mucho indicador de riesgo, para sí o para terceros, esa es la terminología de la ley, cuando a demás había dificultades para que la familia pueda brindar una contención, entonces teníamos la gran dificultad, aquí en el Norte pero creo que también en líneas generales en Santa Fe, no hay mucho a donde derivar. A una institución que pueda internar un tiempo breve hasta en tanto la persona de alguna manera enganche un tratamiento posible. ¿Entonces qué dificultades había? En dos o tres casos puntales que sucedieron así, no teníamos a donde derivar y tuvimos que amañarnos para articular por ejemplo con Corrientes, tuvimos que salir de la provincia, y articular o con Corrientes o con Resistencia.

Hay muchas veces que la familia tiene dificultades de apoyo, de brindar apoyo, de brindar contención. Los motivos pueden ser varios, no recuerdo ahora exactamente los casos, pero motivos por los cuales la familia tiene dificultades para brindar contención son muchos, a veces porque los vínculos son vínculos conflictivos, porque por ejemplo los padres tienen dificultades para brindar contención emocional, debido a los conflictos los padres muchas veces, lejos de ayudar, a vincularse del punto de vista de las peleas, conflicto, más bien provocan recaídas, o vueltas al consumo. Puede ser también que el paciente no tenga una familia, hay múltiples razones.

Entrevistador:

¿Cómo viste y pensás que vivió el entorno en estos casos que se te presentaron?

Creo que el entorno, la familia, presenta el sufrimiento, la gran mayoría de las veces que eh atendido, el entorno de la persona que desarrolla una adicción, sufre en gran medida, por muchos motivos, por ejemplo, el más simple, es que sufren por el prejuicio en torno a la idea de adicto. Una madre que dice: “no puede ser, mi hijo consume marihuana, es algo terrible, es algo gravísimo, ilegal, es algo que no puede permitirse”, la familia entonces desarrolla gran malestar subjetivo al enterarse de esa situación. Ese mismo malestar subjetivo, muchas veces es causante de que el sostén social no se produzca, el ejemplo más típico, es que la persona desarrolle una adicción por ejemplo,

sufre de eso, pero puede ser que los padres todo el día lo recriminen, o continuamente lo recriminen, “no puede ser que vos tengas este vicio, temes que hacer lo que fuere para dejar, sos malo por no hacerme caso, sos malo por hacer esto” o continuamente insistiendo que deje de consumir, algo que es muy difícil de hacer, es decir dejar de consumir, cuando la persona por ejemplo quiere dejar de hacerlo, igual así, igual de todos modos, es difícil de abandonar el consumo. Entonces uno de los ejemplos es el prejuicio, que los padres tienen en relación a la droga, un prejuicio socialmente compartido no...?

Las entrevistas suelen ser individuales del punto de vista del consultante si fuese el padre del paciente, o también pensar en el paciente como paciente grupal, la familia misma puede ser pensada como paciente. Se hace entrevistas, también con la madre, el padre, si tuvieron hermanos, abuelos, o inclusive entrevistas vinculares, sería en conjunto, donde se puede brindar por ejemplo asesoramiento de cómo brindar tratos, como contener, como acompañar, o brindar información, porque muchas veces los padres están totalmente perplejos, totalmente preocupados y angustiados debido al malestar que el hijo presenta.

Entrevistador:

¿Cuáles son los objetivos en Salud Pública? ¿Cómo se los alcanza?

Entrevistado:

Hoy en día, a grandes rasgos, se hablan de dos estilos de objetivos, o dos estilos de ideologías o posturas, terapéuticas en relación al abordaje de las problemáticas del consumo. El más típico es aquel que se propone el cese total del consumo, por ejemplo alcohólicos anónimos, la idea sería que la persona deje de tomar alcohol, entonces busca el logro de que día a día la persona se mantenga abstinentes. Muchas veces en el área de la Salud Pública, la ideología o el estilo de objetivo terapéutico es lograr el cese del consumo, ese objetivo es bastante difícil de lograr, se logra en muchos casos, pero también en muchos casos no se logra, muchas veces el mismo paciente no quiere ese objetivo que nosotros o la sociedad supone que tiene que lograr, a veces el paciente consulta y quiere simplemente que ese consumo no sea tan problemático que no sea tan grave, que no tenga tantos riesgos y en ese caso se habla de otros estilos, de tratamiento o de diferentes objetivos que consiste en la disminución del daño o la disminución del riesgo. Entonces, partiendo de esa base depende de cuál sería el objetivo que se plantee,

no es lo mismo decir si los tratamientos funcionan o no funcionan, se logran o no se logran, si uno tiene el objetivo del cese total muchas veces puede sentirse frustrado porque el paciente sigue consumiendo. Pero si uno además de pensar en eso piensa en que no obstante ciertos daños, se disminuyen, aminoran, uno puede decir que hay pequeños pasos, hay pequeños logros; una persona que consume menos o que selecciona el estilo de sustancias que va a consumir, por ejemplo alguien que consumía cocaína, consumía alcohol, consumía marihuana, se propone en algún momento a ya no consumir cocaína, va a seguir consumiendo marihuana o tiene aun consumo de cocaína pero el consumo es mucho menor. Gracias al tratamiento por ejemplo, podrían además mejorar los vínculos del paciente con la familia o reinsertarse en alguna institución de la vida que son instituciones de sostén, por ejemplo si se introduce en una escuela, empieza a trabajar, empieza a formar parte de otra institución, son pequeños logros, que son pensables como logros terapéuticos, pese a que el paciente muchas veces continua con algún estilo de consumo. A ese estilo de objetivos, o a ese estilo de logros se le suele llamar hoy en día reducción de daños, hay todo una puja en relación a que es lo que va a buscar un tratamiento, porque pese a esto que te estoy contando no obstante continuo existiendo una especie de ideología socialmente compartida y hegemónica que propone que lo que hay que lograr es el cese total del consumo, es más difícil eso, pero bueno en muchos casos si, se logran, en muchos casos no se logran pero opino yo que pese a eso el abordaje en salud mental brinda beneficios de disminuir en cierta medida los riesgos y de construir la posibilidad de que el paciente se vincule con sus instituciones, sus familias, la escuela, etc.

Entrevistador:

¿Podrías puntualizar algunas fallas que presenta el sistema de Salud Pública de la provincia?

Entrevistado:

Puedo hablar de lo que es aquí el norte de la provincia de Santa Fe, y de los dispositivos, los cuales no están con el personal suficiente, o cuenta únicamente con dispositivos de consultoría, es decir consultorios externos. Entonces se presentan estas dos dificultades que te conté, si alguien necesita un psiquiatra hay que ver ¿a dónde?, ¿cómo?, si la persona tiene recursos bueno, sencillamente se va, viaja, obtiene un turno, pero si la persona no tienen recursos, estos turnos ya no están tan cercanos en el tiempo y hay que hacer todo un tramiterío para que la persona pueda consultar un psiquiatra, y

en los casos en los que se requiere hay cierta dificultad para las internaciones, o al menos en ese tiempo la había, ¿Por qué? Porque si bien muchos casos de sufrimiento mental se internaban en ese hospital, pero las internaciones requieren del seguimiento por parte de un psiquiatra, entonces Villa Ocampo al no contar con un médico psiquiatra, no podía internar, porque no podían ser manejados desde el punto de vista biomédico esos casos, era necesario derivar en los casos que requiera una internación.

Entrevistador:

Voy con la última pregunta, desde tus paradigmas y experiencia, ¿podrías puntualizar alguna o algunas causas por las cuales una persona da con esta problemática de consumo de tóxicos de la cual le resulta difícil salir?

Entrevistado:

Personalmente me niego a decir que haya una causa, opino que las causas suelen ser múltiples, suelen ser plurales, pueden haber causas atribuibles, al ámbito psicológico, muchas veces la droga es pensada como algo que aminora un sufrir, Freud le llamaba quitapenas, y dentro de algo que le suele suceder habitualmente al ser humano que tiene malestar en la cultura, una de las maneras de evitar el malestar, es el uso de drogas, muchas veces puede volverse esto compulsivo, pero los motivos pueden ser muy variados, pueden haber motivos subjetivos, psicológicos, hay también muchas veces factores sociales, un ejemplo típico es una especie de mandato que en nuestra sociedad de consumo existe de que uno para pasarla bien al irse a un boliche, se va a una fiesta, se va a un asado, tiene que consumir alcohol, tiene que tomar vino, tiene que consumir alguna sustancia para pasarla bien, es decir, una serie de factores en este caso de índole social, en relación a una sociedad de consumo, una sociedad muy mercantil, que funciona como un mandato, otro de los factores entonces son esos. Otro factor suelen ser problemáticas de índole familiar, una familia que por ejemplo no brinde los sostenes más básicos, o que presente situaciones de conflictividad, son múltiples los factores que pueden provocar una adicción, a veces también situaciones de enfermedad, y nunca se presenta un factor, cualquier tipo de problemática en salud, está causada multifactorialmente y son una multitud de factores que intervienen e interaccionan entre si hasta que en algún momento dado en una persona se desencadena una adicción. A veces suelen ser dicen los médicos cuestiones biológicas, es decir hay sustancias que son más predisponentes físicamente a la adicción que otras. No puedo decir que haya un factor, es multifactorial, y generalmente, en mi practica pude ver que todos estos

factores o muchos de estos factores se presentan e interactúan a la hora de provocar una adicción, con lo cual lo mejor sería que un estilo de tratamiento trate de abordar la mayor cantidad de aéreas posibles, es decir que brinde por ejemplo un tratamiento psicológico, que brinde un tratamiento psicofarmacológico por un médico psiquiatra, que brinde un apoyo familiar, si es posible que brinde un apoyo social, esto es un poco más difícil pero sería muy bueno también que recaiga sobre las cuestiones habitacionales, dificultades laborales, muchas personas que han perdido un trabajo y no tiene como conseguir un trabajo. Son muchos los factores que pueden provocar una adicción o sostener el malestar, y lo mejor sería un estilo de abordaje terapéutico que vaya incluyendo la mayor cantidad de esferas, un abordaje integral.

Te digo, me estaba olvidando de algo, que es que si uno solamente pone la mirada, la lupa, en las fallas del sistema de salud que sin dudas las tiene, el sistema de salud tiene fallas, sí que las tiene, claro que sí, pero a mi modo de ver uno también podría en lo que si hay, es decir en los logros. Cuando yo empecé a trabajar, no recuerdo exacto si era en 2011 o 2010, creo que era en el 2010, o finales de 2010, en ese tiempo el Ministerio de Salud Pública de la provincia de Santa Fe había propuesto dos planes, podríamos decir dos sistemas de planificación de lo que pensaba en relación a la Salud Mental. Un sistema o una planificación en uno de estos programas se llamaba Introducción de la Subjetividad al sistema de APS, es decir al sistema de atención primaria de la salud, ¿Qué quiere decir esto? Que había observado que el sistema hasta ese entonces solamente abordaba el dato biomédico, por ejemplo, una persona consultaba a la guardia del hospital, no tenía algo evidente desde el punto de vista biológico y el sufrimiento mental o el sufrimiento subjetivo que lo traía a la guardia no era visto, por ejemplo la persona podría haber tenido un intento de suicidio o ideación suicida, se abordaba eso y terminó. Ese plan consiste entonces en que cada una de las ciudades pequeñas y en cada uno de los pueblos de la provincia de Santa Fe empezó a haber un psicólogo, este psicólogo trabajaba como una especie de apoyatura a eso que ya existía que era el abordaje médico. Entonces ahí cuando el médico atendía y veía algo que excedía a su práctica solicitaba interconsultas a un psicólogo. Entonces a mi modo de ver ahí hay algo positivo, ¿había todo?, ¿psiquiatras en todos lados? No... ¿había en todos lados un dispositivo que pueda brindar atención en adicciones? No... pero había en ese entonces por la presencia de un psicólogo la posibilidad de al menos empezar a diagnosticar, al menos a observar que había allí al menos una problemática digna de ser abordada, entonces, debido a eso, lo que antes era expulsado del sistema de salud, por ejemplo



“usted no tiene nada, váyase”, “aquí no se la puede atender por eso”, desde ese momento, quien tiene una dificultad, que podría ser atendida, si aquí no podemos atender, por ejemplo si aquí en Villa Ocampo no podemos atender esto, bueno, pero sabemos que tiene una problemática vamos a derivar por ejemplo a reconquista. Ese fue uno de los planes, y el otro plan era uno que se llamaba “Construcción de dispositivos sustitutivos a las lógicas manicomniales” ¿Por qué? Porque hasta ese entonces, como no había psicólogos en todas las ciudades y en todos los pueblos, es decir en cada uno de los centros de atención primaria, en cada uno de los hospitales, todo lo que caía y que tenía una dificultad en salud mental muy evidente era derivado inmediatamente al manicomio o al neuro-psiquiátrico de Santa Fe, es decir de referencia. Imagínate, una persona que tiene una problemática en salud mental aquí, lejos de ser abordada aquí, inclusive en atención primaria, rápidamente es metida en una ambulancia y llevada a 400km. Entonces si bien hoy charlamos con vos acerca de las dificultades que el sistema puede tener, pero opino yo que también es muy importante ver las ventajas o los logros, ¿qué logro tenía? A mi modo de ver en ese momento que el gobierno, el Ministerio de Salud Pública de Santa Fe, tendió una especie de red, es decir la posibilidad de que en cada uno de los centros de atención primaria o de los hospitales de las localidades, cuenten con la posibilidad de una mirada psicosocial además de la biomédica que ya existía. A mi modo de ver eso es un logro.

Post entrevista:

El entrevistado hizo referencia a una cuestión importante que roza todo esto que se está diciendo, refirió a que nos encontramos con un límite si se reduce la situación a un problema de Salud, esta debe ser como un motor que de alguna manera haga mover a las demás instituciones y al personal, pero no es solo un problema de salud que las personas consuman. Recordó una época y dijo: hablábamos con diversos lugares como por ejemplo boliches que publicitaban con frases como: “damas gratis y chupi gratis”, tratando de hacer intervenciones más sociales.

## **8.5 Quinta entrevista**

Emmanuel Montiel – psicólogo

Entrevistador:

El primer eje que me gustaría tratar es sobre la profesión, especialización, los años de servicio en el sector público de la provincia de Santa Fe. Algo ya me contaste sobre lo primero...

Entrevistado:

Si, en la provincia de Santa Fe estoy, a ver yo me recibí desde el 2009, te cuento más o menos la historia así lo puedo resumir. Primero trabaje en Corrientes y trabaje en un Hospital monovalente de Salud Mental por así decirlo, que es el ex psiquiátrico, trabaje como residente, tres años y medio casi estuve, ponele que en el 2012 o finales del 2012 empecé acá en la provincia de Santa Fe a trabajar, primero en lo que son los centros de salud de atención primaria de la salud en dos pueblos de la zona y a partir del 2012, 2013 empecé doce horas a trabajar también en una institución polivalente que ya es un nivel más de complejidad que los centros de atención primaria, pero también se hace un poco de trabajo de atención primaria en muchos casos digamos. O sea que más o menos hace 6 años que estoy acá trabajando en Santa Fe en Salud Publica, poquito más, poquito menos.

En Corrientes hice lo que se llama la residencia en Salud Mental, que son cuatro años de especialización e intervenciones en Salud Mental, en lo que es la Salud Pública, si dentro de lo que es una institución de Salud Mental, no exactamente en atención primaria, pero si teóricamente dimos cosas de atención primaria e hicimos algunos trabajos o por ejemplo me iba a un pueblo cercano a corrientes, hice durante un año trabajos en un centro de salud que hicimos atención primaria, admisión de pacientes de todo tipo, de salud mental. También entraban personas con problemas de consumo o adicciones, pero también más que nada al haber hospital psiquiátrico en esa zona se trabajaba mucho con afecciones del lado de la psicosis, pacientes crónicos, pacientes agudos, lo que es el sector de adultos de la tercera edad, también había un sector específico de toxicomanías o adicciones, donde a su vez está dividido en sector adulto y sector de adolescente con su modalidad.

Entrevistador:

¿Adultos desde que edad?

Entrevistado:

Es a partir de los 18 años que se los toma como adultos, que se los llamaba o se los llama allá la comunidad terapéutica.

Entrevistador:

¿Y porque elegiste la Salud Pública?

Entrevistado:

En ese momento fue la primera alternativa, yo me recibí... siempre me gusto, en mi carrera cuando hice psicología, que fue uno de los últimos planes buenos que hubo en la Cuenca, bueno desde mi punto de vista, tuve una materia que se llamaba Salud Publica y Salud Mental, no sé si es la misma materia que quizá vos tuviste, donde se trabajó mucho estas cuestiones de intervenciones comunitarias e intervenciones en Salud Mental y también tuve otra materia que era psicología institucional ya al final de la carrera, donde más allá de las intervenciones propias en Salud Mental también se daba un poco de teoría y técnicas en lo que es la parte institucional que no tiene que ver con lo laboral, también hubo una materia que era Laboral que tenía que ver con lo empresarial y esas cosas, Institucional tenía que ver con las instituciones de Salud Pública por así decirlo o Instituciones de salud en general. No es que yo elegí mucho, concienzudamente no me decía que me iba a dedicar a la Salud Pública.

Yo me recibí, al otro día tuve la oportunidad, literalmente al otro día, la oportunidad de ir a hacer una entrevista de admisión para la residencia y quede. Y ahí seguí Salud Pública más allá de que en clínica también hacia cursos, iba a la biblioteca psicoanalítica, hacia lo que podía, clínica a la par, pero lo que más hice fue eso, desarrollarme ni más me recibí en Salud Publica, de ahí calce. El último año que hice la residencia, hacíamos pasantías en otras instituciones desde la residencia me toco el hospital pediátrico o yo elegí en sí, y trabaje mucho con niños también ahí, no termine pero arranque a hacer un postgrado en psicoanálisis de niños y bueno después calce acá, como ya no me coincidían las horas como para quedarme en Corrientes, me vine para acá y me dedique de lleno a la Salud Pública y a la clínica en privado digamos.

Entrevistador:

¿Te encontraste en esos años con la necesidad de realizar abordajes a problemáticas de adicciones?

Entrevistado:

Siempre, a ver, consumo problemático en algunos casos otros lo llaman adicciones, toxicomanías. Es una temática o un problema que por más que te dediques, por ejemplo estas en el pabellón de agudos en corrientes y entraba un chico con un brote psicótico y a su vez tenía problemas de consumo problemático o sea siempre es una temática que está rozando todo lo marginal, acá en la zona, en Santa Fe cuando arranque a trabajar acá, los primeros años se trabajó mucho, hubo mucha demanda en el tema de adicciones y toxicomanías, o consumo problemático en otros casos, porque no todas son adicciones y siempre hay un trasfondo que tiene que ver con lo social y lo familiar y también con la cuestión socioeconómica, más allá de que no quiere decir de que solo los pobres consumen. Pero si lo que me toco a mi tenía mucho que ver con esa área de población por así decirlo. De hace unos años para este tiempo también fue aumentando, ya no tanto solo adicciones, sino también cuestiones que tienen que ver con violencia de género, cuestiones de violencia infantil, abuso sexual infantil, que fue creciendo la demanda. Con respecto a las adicciones no puedo decir que disminuyo la demanda, no digo que creció pero sí que se amplió, no hay, por así decirlo, atención por ejemplo a un pibe que viene o una piba que viene con problemas de adicciones y estas atendiendo a su vez violencia interfamiliar, estas atendiendo o también haces psicología intrasubjetiva, no es propiamente una modalidad de intervención en adicciones. Atendemos el caso en su conjunto digamos. Lo que te quiero decir es que no hay una comunidad terapéutica exclusiva para adictos, no se especifica, es más amplio. Es atención en problemáticas de la subjetividad, donde sí, obviamente adicciones entra. Por otro lado se ve que hoy la edad de consumo es cada vez más temprana, del primer contacto con algunas sustancias que no necesariamente tiene que ser una sustancia ilegal como podría ser la marihuana, puede ser el alcohol, puede ser el cigarrillo, contactos con grupos de amigos o barriales donde empieza a haber, o donde hay alguno más grande que consume y empieza a esparcirlo con los más chicos y si, se llegó a atender pibes de doce o trece años, catorce y de ahí para arriba, adultos mayores de edad, sin decir tercera edad, pero gente grande de treinta años para arriba también o sea, es indistinto; pero si la problemática que más preocupa o que más por ahí llega a la consulta es la de adolescentes que son traídos por los padres o derivados por instituciones, ya sea una escuela, etc.

En adicción no siempre es la demanda específica del adicto o de la persona que tiene el problema de consumo, generalmente es un familiar, amigos, las instituciones a las que acude, mas allá de que hay casos de que la persona si decide realizar la primer

consulta no. Pero obviamente que es una demanda por ahí más difícil de individualizar en la persona que consume. La persona adicta, que vos decís es un adicto es una persona que ya no es un consumo problemático u ocasional generalmente es muy difícil que consulte, tiene que llegar a una cuestión de crisis, ya sea de crisis de vida en el sentido de por ejemplo una sobredosis o una situación de accidente, una situación así para que empiece el tratamiento, o también podría ser un intento de suicidio que se da muy a menudo en cuestiones de adicciones avanzadas por así decirlo. Y después los adolescentes obviamente traídos por los padres, traídos a su vez por la escuela que deriva.

Este año no me toco muchos casos, me dedique bastante a lo que son los niños, hubo casos de adicciones pero por ahí la otra psicóloga atendió más esas problemáticas, más allá de que atendemos en equipo digamos, pero en el consultorio o las admisiones así me dedique un poco más a las problemáticas escolares y esas cosas.

Entrevistador:

En tu lugar de trabajo actual, ¿cuáles son las modalidades para abordar estos casos?

Entrevistado:

Al ser una institución polivalente no tenemos un dispositivo que se dedique, o un modelo específico de admisión para adicciones. Si tenemos un dispositivo de admisión donde participan tanto los médicos, el servicio social donde están los asistentes sociales, y el servicio de guardia médica, generalmente muchos casos ingresan por la guardia como urgencia, ya sea intento de suicidio, consumo, violencia con situaciones de consumo, que son derivados al servicio de psicología o ahora que armamos un equipo de salud mental, que armamos un equipo, lo que quiero decir es que las consultas ahora se hacen al servicio de salud mental, no específicamente a psicología, este equipo está compuesto por, bueno, los psicólogos, los asistentes sociales y una médica neuróloga, había una psiquiatra pero no está más, bueno la neuróloga dentro de todo empezó a abrirse un poco hacia las cuestiones de salud mental, nos da una mano grande por ahí en lo que tendrían que ser las urgencias psiquiátricas, porque es necesario a veces alguna medicación, alguna intervención desde lo medicamentoso digamos, una vez que ingresa al círculo el equipo de salud mental obviamente se evalúa cual es la problemática tenemos pacientes por ejemplo donde hacemos intervenciones a domicilio, con acompañantes terapéuticos, este año usamos bastante acompañantes terapéuticos,

atención de psicología clínica individual y familiar, en grupos, a veces estoy con otra psicóloga, con algún trabajador social, nos reunimos con la familia, hacemos modalidades grupales, en ocasiones tenemos que ir al domicilio, en situaciones que son complejas donde es difícil que la persona venga a la institución polivalente con ganas de venir a una consulta, se nos dieron casos complejos complejos. En situaciones donde hay una problemática por ejemplo de brote psicótico donde no se lo puede controlar acá en esta institución, lo que hacemos es lo derivamos a Reconquista donde hay psiquiatría. Eso es para ceder el cuadro agudo, después lo recibimos, armamos el caso por caso, uno arma la estrategia, no es que tenemos un protocolo de actuación, o sea si, más o menos tenemos formas de hacerlo, pero hay casos que te rompen todos los libros, te quiero decir que te rompen todo tu protocolo y vos *tenés* que adaptarte o prenderte al familiar que puedes, si no es familiar a veces es un vecino, a veces un conocido, a veces otra institución, ya sea la Municipalidad, o sea tratamos de hacer un poco de trabajo intersectorial con la Municipalidad cuando son problemas complejos, porque a veces son problemas de alcoholismo, problemas de vivienda, de violencia, están las chicas de género también, o sea que trabajan en la Municipalidad, la subsecretaria de niñez cuando hay chicos en situaciones de riesgo o comprometidos, se trabaja intersectorialmente, es necesario, es imprescindible.

Entrevistador:

Si bien cada caso es particular, a grandes rasgos, ¿cuáles pensás que son las diferencias de abordaje entre adultos y adolescentes?

Entrevistado:

Bueno, no siempre se configuran de la misma manera, cuando una persona es adolescente todavía tiene, en el mejor de los casos, todavía tiene vínculos familiares de los cuales por así decir depende, ya sea madre o padre que responden en si por el adolescente o que consultan por el adolescente o demandan por el adolescente y muchas veces es muy necesario trabajar primero en la estructura familiar con los padres, muchas veces se derivan directamente a los padres para que hagan terapia o a consultas con psicólogos, hay un abordaje más familiar. No digo que en adultos no, ni tampoco que no sea necesario, pero en la modalidad adultos por ahí ya no hay esa figura donde sostenerte, ya no hay o puede haber pero no es para el momento psíquico, no es lo que necesariamente tiene que sostenerse, se lo puede hacer de una manera más transitoria, que apoyen los familiares, pero no puedes pedirle que reestructure su vida familiar a un

adulto, en el adolescente sí, por ahí la intervención con los padres, la mayoría de las veces es lo primordial, en adolescentes y niños. ¿Sabes porque? Porque uno dice ahí viene el adicto, el chico adicto y se focaliza o se patologiza que el único problema que hay es que él es adicto y atrás tenés una historia donde hubo violencia familiar, des-afectividad, al contrario sobreprotección, una historia de no tramitación de la angustia inclusive en los padres, fallecimiento de otros hermanos y no tramitación de esos duelos donde es necesario trabajar con eso para poder reenfocar la relación con el adolescente o paciente por así decirlo. En el adulto no digo que esas problemáticas no surjan de cuestiones de su historia, de duelos no tramitados, de relaciones con los padres que fueron relaciones fallidas o traumáticas, las hay pero hay cosas que ya no están en tiempo de recomponerlo, si de historiarlo, re-significarlo en un proceso terapéutico o analítico, si se puede decir que se puede hacer un psicoanálisis en hospital, pero con adolescentes todavía estas a tiempo de hacer unos movimientos en la estructura familiar, muchas veces no inclusive, no se puede y tenés que hacer las veces vos de una figura de referencia para el adolescente.

Entrevistador:

Me gustaría ahora cambiar a otro eje temático, que va más referido a las fallas que se puedan presentar y que se presentan en las aplicaciones de los dispositivos por los recursos que brinda el sistema de Salud Pública de la provincia de Santa Fe.

Entrevistado:

Los peligros, a ver, pueden ser miles... fallas que eh experimentado y que las hemos charlado, fallas sería una forma de decir, o intervenciones que fueron fallidas, es por ejemplo los problemas que tuvimos con el personal, en adicciones en la época que estuvo la psiquiatra el problema es patologizar la adicción como un problema psiquiátrico y nada más. Este chico consume, está enfermo de adicción con este medicamento se va a curar. Ese es uno de los problemas en las intervenciones de las que hay que correrse o del paradigma que hay que moverse, del paradigma psiquiátrico, de intervención psiquiátrica. Hemos tenido casos de chicos que se han muerto por sobre-medicación, es duro decirlo pero en una institución pública suele pasar, hubo un caso no hace mucho de un chico que lo atendimos acá, tuvo un periodo agudo, lo derivamos, estuvo una semana allá y el chico se murió, nunca se supo que le paso, pero estaba durísimo en una cama de hospital, te quiero decir sobre-medicado.

Otra de las problemáticas es caer en el lugar de la transferencia de dependencia del paciente hacia el profesional, ya sea el personal de salud o la institución de salud por así decirlo, que la intervención surja como una manera de calmar a través de satisfacer las necesidades del paciente, por ejemplo no tiene plata darle para comer o en los acompañamientos terapéuticos se generó esa situación de dependencia que el paciente para cualquier cosa recurre al acompañante terapéutico, ya sea cualquier problemática que no pueda resolver en la familia, discusión con la madre, que bueno, está bien, a veces es necesario y hay determinadas cosas que el paciente tiene que ir logrando su autos resoluciones en distintas cosas ¿no?, pero depende mucho del dispositivo, si el dispositivo no interviene a veces con cortes a la demanda, con cortes poniendo límites a las cosas, generalmente se genera la misma transferencia o la misma dependencia que se genera con el grupo familiar. Si no le doy el paciente se enoja no viene más.

Entrevistador:

¿Vos decís que poniendo un límite se podría lograr un mayor alcance en este caso?

Entrevistado:

De entrada uno se tiene que correr del lugar de benefactor del paciente. Poniendo un límite saludable, a través de palabras, en la vía simbólica por decirlo, reacomodando a veces la figura, diciendo no, esto tenés que pedir de tal forma, podemos tratar, intentar, habla a ver con tal persona, no que recaiga sobre uno la satisfacción de todas las necesidades del paciente o solucionarle todos los problemas, ya sea el psicólogo o cualquier participante del equipo.

Entrevistador:

Me gustaría que me comentés sobre otros límites con los que se encuentran los profesionales a la hora de abordar, sea de parte de la familia, de lo social o de lo que brinda el sistema de salud.

Entrevistado:

Si pensamos que tenemos límites con la familia vamos perdidos de entrada, porque obviamente viene con una problemática la familia. Situaciones a resolver y complejas, vos tenés que lidiar con ciertas cosas, maneras de relación, negaciones, padres que no quieren colaborar, padres que se oponen, esas cosas vienen con los casos.



Es peor cuando las limitaciones son institucionales, donde el enfoque institucional, muchas veces se nos dio que no pudimos trabajar con médicos, porque el médico no está de acuerdo con los lineamientos de la salud mental para él hay que mandarlo a que se interne, no a este chico hay que internar, no colabora, no colabora por ahí con ciertas intervenciones discursivas en el conjunto con el equipo de salud mental, hay médicos que no están de acuerdo con lo de salud mental, el paciente cae por guardia y le dice que hay que internar, entonces la intervención que vos estás haciendo por otro lado se contradice con este paradigma del médico, que es el psiquiátrico clásico, que consiste en internar y ya está. En esos casos se entra en conflicto, muchas veces te genera conflicto esas intervenciones con el médico de guardia por ejemplo o desde otras instituciones o por ahí hasta con la municipalidad o la policía, pacientes que generan problemas en la vía pública, donde uno trata de trabajar en conjunto o de manera comunitaria, muchas veces los frenos se te vienen más de las instituciones o del sistema de salud que de otros lados. Que el médico realice eso sería un freno del sistema de salud.

Entrevistador:

¿Y desde lo social?

Entrevistado:

Y mira, todos los problemas, y todas las cosas que entendemos tienen un trasfondo de problemáticas sociales, de clases socioeconómicas, problemas de pobreza, hay gente que no está enferma sino que es pobre, hay chicos que no tienen trastornos de conducta sino que son pobres, hay chicos que no son interactivos, no, tiene pocos recursos culturales pero detrás de esos recursos culturales hay una historia de pobreza y de miseria atroz, entonces siempre hay un trasfondo social o limitaciones sociales, socioeconómicas. Eso muchas veces limita un tratamiento, tenés que reorganizar el tratamiento, tenés que prenderte de otras instituciones, ver estrategias que no tiene que ver solo con lo clínico, sino también con lo social y lo intersectorial con la municipalidad con las instituciones barriales, comedores barriales, armar un dispositivo que contenga, y un dispositivo intersectorial que contenga.

Entrevistador:

¿Cuáles serían los objetivos que se propone el sistema de salud o el equipo de trabajo en el que estas inserto? ¿En qué medida se cumplen?

Entrevistado:

Es amplia la pregunta, en sentido del objetivo, no hay un objetivo en sí, los objetivos nos lo planteamos caso por caso y a corto plazo. Ojala te pudiera decir, mira el objetivo es curar a todos los psicóticos y personas que consumen, es incumplible. En el caso puntual de las adicciones los objetivos tienen que ser a corto plazo y el primer objetivo no es la abstinencia, el primer objetivo es que eso que el consumo tapa o la adicción, adicción es lo no dicho, la no dicción, el no decir, el no hablar, se pueda empezar a poner en palabras. Adicción en si quiere decir: A es no, y dicción tiene que ver con lo discursivo, entonces el no discurso. Consumir tapa e impide poner en palabras la angustia, y el primer objetivo no es solo que no consuman, no es ese el objetivo, a ver, que deje de consumir, no. Ese es un imperativo, una sanción y una represión, el primer objetivo es que pueda empezar a poner en palabras que le pasa más allá de que consuma, que historia trae este consumo, que problemas tiene en su vida, no podemos encarar la intervención desde la sanción, porque estamos respondiendo a la demanda de la familia, la demanda de la familia generalmente es que no consuma más, y nos acolamos si empezamos a responder a esa demanda vamos a ocupar el mismo lugar que ocupa la familia para este chico y a veces la intervención hay que abrirla y que empiece a poner en palabras. Y ese ya es un límite, que te decía que empiece a poner límites, yo no vengo acá a cumplir lo que vos quieres pero tampoco vengo a retarte por lo que haces, pero quiero escuchar que te pasa, una vez que se pueda empezar a poner en palabras ya es un logro. Después te pondrás objetivos, de acuerdo al deseo de esa persona, a poder poner en marcha el deseo de esa persona.

Entrevistador:

¿Qué pensás acerca de la reducción de daños como objetivo?

Entrevistado:

Reducir daños, es una palabra linda y más te diría ese objetivo que si te lo propones tenés que estar muy atento y saber que todos los dispositivos caen. El objetivo en psicoanálisis no es ni curar para siempre, ni generar una prótesis para que viva, que no consuma pero que le guste hacer jardinería. Hay que saber que lo que hoy funciona el día de mañana puede caer, y tenés que relanzar la pelota, toda cae, en cualquier momento de tu vida las cosas caen, por eso tampoco podemos ponernos un objetivo a largo plazo y que sea ese el objetivo, es algo que se va reprogramando, en la terapia

también pasa eso, hay cosas que tienen un tiempo y después caen y que son saludables que caigan. Por eso te digo lo primero que buscamos es que se pueda poner en palabras lo que le pasa.

Entrevistador:

Bueno, voy con la última pregunta: desde tus paradigmas ¿cómo crees que se constituye una adicción a sustancias tóxicas? ¿Cuáles serían las causas por decirlo? Si es que se podría plantear causas...

Entrevistado:

Teóricamente, en el caso de las toxicomanías tiene que ver con lo que veníamos hablando de la no dicción y la adicción, de lo que no se puede poner en palabras, que también tiene que ver con el mecanismo de formación de síntoma neurótico, no va mucho más allá de eso. Pero en estos tiempos, lo que dirige la vida del ser humano es el consumo o la sociedad del consumo, en estos tiempos que vivimos. No digo que antes no haya sido así pero es estos tiempos se organiza la sociedad a través del consumo, desde que nacemos ya nos imponen cosas que consumir, la mamadera, la teta, lo que sea... siempre fue así, pero hoy en día en la infancia, fíjate vos que en la tele todo está dirigido a los niños y a que pueden consumir los niños desde medicamentos, juguetes, ropa, lo que sea; antes era más para los adultos eso, hoy se apunta a la adolescencia y a la niñez. Y por otro lado, todos nos estructuramos alrededor de una falta y hacemos lo que podemos con esa falta, el traumatismo de la falta está en todo, ¿y qué pasa hoy en día? nos encontramos mucho más fácil con los objetos de consumo y el deseo es obturado por esos objetos de consumo, caemos en la necesidad del objeto de consumo, no hay deseo, hay necesidad. No deseamos ser, el adicto no desea bueno el día de mañana quiero ser tal cosa, el adolescente necesita ya consumir algo sino se angustia, no es una simple angustia a veces llega hasta una angustia de muerte, suicidio y situaciones como esa. Y tiene que ver también con la angustia de los padres muchas veces, estos padres angustiados, cambio la figura paterna porque hoy en día a los hijos no los puedes frustrar.

Entrevistador:

Se degrada el nombre del padre...

Entrevistado:

La degradación del nombre del padre, como digo al niño no lo puedes frustrar, no lo frustras porque vas a traumatizarlo y después va a tener problemas, no le digas que no! El padre y la madre están mucho más angustiados, si llora se preguntan ¿qué hago? Como hago para que no se frustre. La no frustración de los niños va estructurando un psiquismo propenso a no tolerar la falta, y cuando no toleras la falta te prendes de lo que sea y los objetos que nos brinda hoy la cultura son objetos de consumo, antes eran objetos más tirando a culturales, no me animo a aseverarlos en sí que haya sido así pero hoy en día si, los objetos de la cultura son para consumir o de consumo, inclusive hasta el cuerpo del otro, femicidios, si no tengo esa mujer que quiero me mato o la mato, y ahí entran las sustancias, si no tengo uno de los objetos por excelencia que nos brinda hoy la cultura, las sustancias son también una forma de matar a otro y de no existir; existo cuando sufro, cuando me falta, cuando busco, cuando me esfuerzo, cuando trato, ahí existo, cuando consumo no existo, estoy al margen de lo social, es más me encierro con los vagos a fumar al margen del resto, o a tomar, me encierro con los vagos, o solo.

## **8.6 Sexta entrevista**

Pilar Catalani - psicóloga

Entrevistador:

El primer eje temático tiene que ver tiene que ver con tu profesión, especialización y los años de trabajo en el sector público de la provincia de Santa Fe.

Entrevistada:

Soy Psicóloga, no tengo especialización, posgrado y esas cosas, todavía no, si hice muchos cursos para adquirir información complementaria, todo lo que es formación del ministerio y las propuestas que van saliendo de actualización. ¿Cuántos años hace que estoy? Desde el año 2012, siete años.

Entrevistador:

¿Y porque elegiste trabajar en Salud Publica?

Entrevistada:

Cuando termine la facultad, en un principio, iba a hacer la residencia en Salud Mental, en el escalafón quede para ir a Sáenz Peña, pero no me fui, renuncié me vine para acá y surgió la posibilidad de un contrato con la provincia de Santa Fe y bueno, empecé a trabajar y la verdad que me gusta más el trabajo en Salud Pública que en lo particular por la modalidad de trabajar así que lo fui eligiendo sobre la marcha.

Entrevistador:

¿En esos años te encontraste con muchos casos de adicciones y/o consumo problemático?

Entrevistada:

A mí me parece que en estos años la demanda no es tanto de una persona que viene a pedirte ayuda por tener una adicción, son pocos los casos en que viene alguien diciendo necesito ayuda, tengo este problema o soy adicto a esto. La demanda generalmente viene de una institución como puede ser una escuela, de la familia, o de un allegado a la persona que está viendo que hay un problema o que cree que la persona tiene un problema. Un montón de demanda pero no del sujeto en si digamos, sino que es más del entorno, pero si, la demanda es mucha. Hay gran demanda, pero como digo, gran parte viene de las instituciones, en mi experiencia son muy pocos los casos en que viene la persona exclusivamente, son contados.

Entrevistador:

No sé cómo son los parámetros con los que te manejas para definir la adultez, adolescencia, etc., pero en algunos lugares públicos por donde anduvimos explorando y haciendo entrevistas hablaron de que se los define según la edad, por ejemplo, si la persona es mayor a los 15 años de edad es adulto, algo que me llama la atención saber es que pasa acá con eso, y si es que se puede definir una edad más recurrente al consumo de tóxicos o por la cual hay más demanda.

Entrevistada:

Y si tomamos esos parámetros en general son adultos los que más recurren, con los niños las adicciones son a otras cosas, las tecnologías, los videojuegos, los celulares, las redes, y bueno lo que tiene que ver con lo digital. Así que si tomamos esos parámetros si estaríamos hablando de que hay más demanda en adultos.

Por otro lado la mirada que se tiene ahora y más con la nueva ley de Salud Mental, propone una mirada más integral, es decir, existe un uso de una sustancia o si hay una adicción se piensa que del uso a la adicción hay un gran trayecto, uso, abuso y dependencia digamos. La ley propone, o al menos la forma que nosotros tenemos de trabajar es abordar integralmente, claramente la persona si puede tener una adicción a una sustancia determinada o lo que fuera, de hecho, la mayoría de consultas y de esto si hay gran demanda es por cuestiones referidas al alcohol, y desastres familiares según parece a raíz de esa problemática, entonces el abordaje viene a ser con la persona individualmente, en un espacio psicoterapéutico, o por ahí con el psiquiatra si hace falta, la familia, y ahí también entra en juego el asistente social, el médico del equipo, entonces así el abordaje siempre termina siendo integral, necesariamente. Una persona que tenga una adicción importante o severa, o de larga data, convengamos que si la familia no acompaña es mucho más difícil, a veces lo más difícil es que la familia acepte que el camino es ese y que puedan acompañar y no condenar a la primer falla que tenga la persona. Entonces el abordaje siempre es integral, no es únicamente psiquiátrico o únicamente un abordaje psicológico, sino bio-pisco-social, así vemos la salud, es el bienestar biológico, bienestar psicológico y social, si vos no estás bien socio-económicamente es muy probable que tengas un montón de preocupaciones y malestares emocionales y eso puede conllevar a otras enfermedades somáticas, es decir, tiene que haber una armonía entre las tres partes.

Entrevistador:

¿Abordajes en las escuelas, en un boliche, en esos lugares, hacen?

Entrevistada:

Si hacemos, por ahí lo que las escuelas esperan es que vayamos a dar la charla, que les contemos a los chicos que hace cada sustancia, como te afecta, pero no solemos responder tanto a esa demanda, porque las charlas quedan ahí digamos. Si trabajamos mirando hacia el lado de la prevención y que los chicos tengan información, tengan acceso a la información y que sepan que lo que estén consumiendo puede hacer que les pase esto o lo otro, sin tener una mirada punitiva, no intervenimos desde ese lugar, las prohibiciones sabemos que no han logrado mucho, entonces el acompañamiento es siempre de la prevención a través de la información y que ellos también sepan donde se están metiendo y a donde pueden recurrir si llegan a tener un problema. Con la escuela secundaria en Villa Guillermina, con el equipo de salud y la escuela se hizo entre los

dos un evento en el cual vino la Sociedad Civil de Intercambios, que es una asociación nacional que trabaja muy bien y hace campañas de prevención y reducción de daños. Entonces en la fiesta de egresados los mismos chicos después de haber trabajado con esta gente que vino, acompañó al equipo de Salud, hicimos una intervención con ellos y ellos mismos decidieron que en la fiesta de egresados iban a tener unos dispenser de agua, entonces cada tanto se tomaba un vaso de agua y ese era como el lema, entonces vos no estás prohibiendo que tomen alcohol, si estas proponiéndole que se cuiden un poco y que al menos reduzcan los daños posibles. Pero si, se trabaja en esos lugares.

Entrevistador:

Algo me hablaste de lo que vos haces, pero quisiera saber que modalidades de abordaje que conozcas se implementan en el lugar donde trabajas...

Entrevistada:

A lo integral que hice referencia también se lo llama clínica ampliada, en Salud Publica la gente llega con un montón de situaciones y no es tanto por ahí el caso clínico que uno lo trabaja desde ese lugar, que también es importante, pero bueno, se propone eso básicamente, ampliar y hacer pensar en intervenciones que abarquen más, más o menos lo que te contaba hoy. La familia, o la comunidad misma muchas veces tienen prejuicios y resistencias a que la persona que tiene un problema de Salud Mental este circulando, entonces también se necesita trabajar con la comunidad, y se busca así, trabajar integral y ampliadamente. Según mi criterio esa es la mejor manera por el momento de trabajar en Salud Pública, o al menos cuando los equipos funcionan como están funcionando, en uno de los equipos donde estoy trabajando veo un buen funcionamiento, en el sentido de que hay casos complejos, situaciones re complejas que uno no está resolviéndolo solo, no se queda en la omnipotencia de la disciplina que resuelve todo, entonces entre otros integrantes del equipo, profesionales y no profesionales, porque también entra en juego hasta la mucama, la señora que cocina, ellos también tienen un rol importante. Incluso en el acompañamiento hay muchos pacientes que no quieren ir al psicólogo, o no quieren hablar con el psicólogo, van y hablan con la cocinera, entonces la estrategia se piensa entre todos pero no necesariamente a todos los casos se le aplica la misma modalidad y me gusta el trabajo en Salud Publica por eso, porque uno lo va pensando con otros y lo más pesado se ve más amortiguado. Hay cuestiones del sistema mismo de salud que falla pero bueno, esa modalidad es eficaz.

Entrevistador:

En relación a esas fallas, cuando los profesionales se ponen de acuerdo y aplican el dispositivo, ¿con que problemáticas se encuentran?

Entrevistada:

La accesibilidad a prestaciones o servicios, más en los lugares alejados que son más inhóspitos como los pueblos de la zona, por ahí es inaccesible, o complicado que la persona se traslade a otro sector de mayor complejidad para una consulta que se está buscando hacer o por cuestiones socio-económicas no la puede hacer, la disponibilidad de turnos también es un problema, la respuesta que se le da a la persona, son cuestiones que para mí fallan del sistema de Salud que tiene que ver con articulaciones dentro del mismo hospital o con otros efectores, otros hospitales.

Acá en la provincia, si bien siempre hay algo que mejorar, hay cuestiones que suenan muy lindo pero que a veces no suceden, hay que pensar también que tenemos muchas herramientas. En lo que es Salud Mental, la ley Nacional y la ley Provincial son herramientas fundamentales con las que uno se maneja, hay recursos de acompañamientos terapéuticos que los costea la dirección provincial de Salud Mental, todo esto se articula en una forma que produce algo positivo, se construye algo positivo.

Entrevistador:

¿Y qué pensás que se podría mejorar?

Entrevistada:

Por ejemplo, el sistema de historia clínica única que casi no se implementa o se implementa en muy pocos lugares o más bien lugares pequeños, pero la historia clínica única te resuelve un montón de cosas. Si una persona va a un médico por ejemplo, este solo escribe en la planilla de atención diaria, pone un que lo atendió el diagnóstico y ya está, a su vez ese médico le pidió determinados análisis, le *indicó* tal medicación, ecografía y bueno, diversos estudios, la persona al mes siguiente va a otro médico, lo atiende otro, entonces no hay una historia clínica que el médico pueda agarrar y decir: a mira, ya te vio tal medico te pidió esto, te hizo hacer análisis, te indico tal cosa. No hay historia clínica única, entonces ese medico vuelve a pedirle análisis, vuelve a darle medicación, la misma u otra, vuelve a pedirle estudios, entonces para mí es un malgasto de tiempo y de muchísimo dinero, y no le solucionas nada a la persona. Esto pasa en



todas las disciplinas, o sea también en Salud Mental, entonces por ejemplo, el sistema de historia clínica debería funcionar mejor o debería funcionar primero, uno se ahorraría un montón y conocería, justamente esa es la importancia de la historia clínica, además de un resguardo legal, uno conocería como se viene trabajando con esa persona, que se hizo, que se probó y que no se probó, te ahorras un montón de tiempo y tal vez le *resolvés*, le ayudas a resolver antes la situación que lo traiga. Eso es un detalle que para mí es importante y que falla en la mayoría de los lugares.

Entrevistador:

¿En qué medida se logran los objetivos?

Entrevistada:

A pesar de esto en el lugar donde estaba trabajando se lograron cambios muy significativos, pudimos trabajar con la policía en relación a la salud mental, se trabajó con la comunidad artística donde participaban los usuarios y de repente fueron al hospital y estaban cortando el pasto con la gente del hospital, se hacía un vínculo más amigable entre la comunidad y el hospital, se logró hacer eso y tiene que ver también con los objetivos que nos proponemos. Todo esto pasó con muchas resistencias, con muchas frustraciones, pero uno no se da cuenta y después mira para atrás y dice, muchas cosas pasaron, entonces si me preguntas en qué medida se lograron los objetivos y bueno te diría que en gran medida se están logrando aun.

Se está cambiando la mirada que se tiene sobre la persona, una mirada que es un gran daño para los usuarios de drogas el prejuicio que recae sobre ellos, como lo ven al cruzarse de vereda, afectan en gran medida, no digo que a todos y de la misma forma, pero el prejuicio o la discriminación como quieras llamarlo afecta un montón, entonces creo que se hicieron cosas que han permitido otro tipo de convivencia, no digo que este todo divino no, pero si se lograron modificaciones en la sociedad y bueno los chicos no están tal vez tan mal vistos o no tan demonizados porque esa es la palabra, que por ahí se los demoniza y uno puede ser igual de peligroso usando o no usando drogas.

Creo que esa cuestión del prejuicio puede tener que ver con una resistencia que hace que muchas veces las personas no quieran ir a la consulta o no ser consciente de enfermedad, creo que es algo que debe condicionar, en relación a la demanda es menor en personas que tiene consumo problemático o una determinada compulsión a ingerir tóxicos que otros tipos de problemáticas, lo que diría por lo que veo es que un

porcentaje que debe superar el 80% son mujeres, ellas son las que primeramente se movilizan por estos temas, los hombres tienen más resistencia a consultar por cualquier cosa, eso me es significativo. Si quieres mirarle la cuestión de género por ahí al tema, la mujer va más por sus problemas, y también a veces van a consultar por algún familiar. Pero me refiero a que las mujeres asisten muchísimo más, recurren más al sistema de Salud, también son las que llevan a los hijos.

Entrevistador:

Desde tus paradigmas ¿Cómo se constituyen las adicciones?

Entrevistada:

Desde una mirada psicoanalítica depende de la modalidad vincular de la persona, como se vincule con los objetos, acá es donde entra en juego por ejemplo un vínculo amoroso o un vínculo con otras personas. ¿Compra muchísima ropa? A lo mejor también es un problema. Pero bueno, la modalidad vincular, o sea, qué lugar ocupa la sustancia en la persona y ahí está la diferencia entre unos y otros digamos, creo que ese es el parámetro que yo por lo menos trato de indagar en el momento en que llega una situación así, digamos, hay más que nada, en esto por ejemplo de la escuela, o la familia, que se entere que el hijo o la hija fuman marihuana, entonces vienen desesperados diciendo que tiene una adicción, buscando en algunos casos hasta internarlo y vos indagás y a lo mejor si hubo un uso o hay un uso de marihuana, pero hay que diferenciar un poco. Obviamente que tiene sus efectos nocivos sobre la salud, pero hay que ver qué lugar le da esta persona al consumo y a la sustancia en sí. Entonces bueno, creo yo que de ahí una parte y obviamente puede haber casos en los que una persona si este en una problemática de adicción y no lo esté viendo. Algunas miradas intentan trabajar esto de la conciencia de enfermedad primero que nada, de que la persona pueda visualizar todo lo que perdió o todo lo que dejó de hacer desde que la droga o la sustancia, lo que fuera que consume, ocupa un lugar en su vida que es como avasallador porque de repente dejó de tener ciertos vínculos o empezó a tener problemas con la familia, le empezó a ir mal en el estudio, o todo junto y bueno, el visualizar esas cosas en la persona entra un poco esto de mirar que si tiene un problema. Entonces trabajar un poco sobre la conciencia de enfermedad primero y después ver como se aborda y bueno, ya me fui por las ramas, pero desde el vamos, por lo menos yo, trato de pensar en qué lugar pone al objeto y como se vincula con estos, si tienen más tendencia a la dependencia emocional por ejemplo con un familiar, con una pareja y en esto está la

estructura que tenga. Generalmente por ahí son personas que son muy dependientes a alguien y por ahí van a tener más tendencia a depender de una sustancia, pero es cuestión de revisar en cada situación.

Post entrevista:

La entrevistada hizo alusión a una modalidad de abordaje que se daba en un Hospital de Santa Fe, la cual tenía que ver con medicalización excesiva en casos de intoxicaciones agudas o problemáticas de consumo. Este dispositivo de abordaje fue aplicado reiteradas veces de manera unívoca, sin consenso por los demás partícipes del lugar. Los resultados fueron negativos para quienes acudían buscando ayuda ya que en numerosas ocasiones el tratamiento, que consistía en lavajes de estómago y medicación, terminó con la vida de personas, un empeoramiento en la familia o suicidios. Según lo comentado, esta situación actualmente en este lugar de trabajo, se encuentra controlada, y la persona que realizó estos abordajes se encuentra con causas judiciales por la cantidad de muertes generadas.