



Secretaría de Programación para la
Prevención de la Drogadicción y la
Lucha contra el Narcotráfico
Presidencia de la Nación

SEMINARIO DE FORMACIÓN SOBRE ESTRATEGIAS DE ABORDAJE TERRITORIAL

PARA EQUIPOS
INTERDISCIPLINARIOS DE
TODO EL PAIS

**MÓDULO 2 /
PROBLEMÁTICAS
DE SALUD MENTAL**

**MÓDULO 3 /
DISEÑO DE LA
ESTRATEGIA
DE ABORDAJE**



EN COLABORACION CON:



Autoridades

Sedronar
Secretaría de Políticas Integrales
sobre Drogas de la Nación Argentina

Secretario de Estado
Mg. Roberto Moro

**Subsecretaría de
Abordaje Territorial**
Lic. Lidia Noemí Saya

**Dirección Nacional de
Abordaje Estratégico**
Lic. Florencia Tufro

 **HOSPITAL NACIONAL EN RED ESPECIALIZADO EN
SALUD MENTAL Y ADICCIONES**
Lic. Laura Bonaparte

**Ministro de Salud de la
Nación**
Dr. Jorge Lemus

**Subsecretaría de Políticas
Regulación e institutos.**
Dr. Alejandro Ramos

**Subsecretaría de gestión
de Servicios Asistenciales**
Dra. Emilce Vera Benitez

Interventor General
Dr Leandro Mera

**Interventor Departamento
Administrativo, Financiero
y Servicios Generales.**
Cdor. Pablo Cuadros
Panunzio

Director Asistente
Dr. Pablo FabryKant

Sennaf
SECRETARÍA NACIONAL DE NIÑEZ,
ADOLESCENCIA Y FAMILIA

**Ministra de Desarrollo
Social de la Nación:**
Dra. Carolina Stanley

**Secretaría Nacional de Ni-
ñez, Adolescencia y Familia**
Lic. Gabriel Enrique Castelli

**Subsecretaría de
Desarrollo Institucional
e Integración Federal**
Dra. María Mercedes Agresti

**Dirección Nacional de
Gestión y Desarrollo
Institucional**
Lic. Carolina Ruggero

Introducción

■ Módulo 2: problemáticas de salud mental

■ Módulo 3: diseño de la estrategia de abordaje

En el territorio las personas, organizaciones o comunidades consultan por preocupaciones o problemáticas específicas cuya respuesta implica diferentes áreas de trabajo. Es necesario generar condiciones de posibilidad y accesibilidad a la consulta para las personas y su red subjetiva de apoyo. Es importante detectar signos de alarma que den lugar a suponer situaciones de riesgo.

Tal como se planteó en el Módulo I se trata de tramas complejas determinadas por el entrecruce de variables subjetivas, relacionales, culturales, históricas, sociales, jurídicas y biológicas .

El proceso de escucha debe considerar las diferentes variables en juego en la demanda para poder alojarla. Representa un reto para los profesionales y técnicos que se encuentran llevando adelante acciones territoriales.

Las consultas por consumos problemáticos tienen la particularidad que se realizan cuando esa práctica o sustancia ya no ocupa el mismo lugar, no le brinda la misma respuesta o el sujeto pierde su control o regulación. Es común en estas presentaciones escuchar frases tales como “no puedo parar”, “estoy perdiendo todo”. Solemos encontrarnos con sujetos que son traídos a la consulta por miembros de su familia o la comunidad. Existen ocasiones en las cuales es un familiar o allegado el que consulta por otro. En esos casos es importante indagar los motivos que motorizan dicha demanda y despejar todas las variables y actores en juego de la situación.

Para alojar cada situación y su complejidad se debe sostener una escucha activa durante el tiempo necesario, de acuerdo a cada singularidad. Mario Kameniecki (2009, p. 13) refiere que alojar implica “estar dispuesto – y disponible – para ese sujeto singular y ofrecerle escucha y tiempo”. Implica comprender y adaptarse a los tiempos de esa persona, propiciar un espacio con un umbral mínimo de exigencia sin perder el encuadre institucional. Toda intervención requiere de un proceso diagnóstico que se inicia con la primera escucha. Este proceso y su análisis es el que habilitará la construcción de un diagnóstico situacional del sujeto, para determinar si se encuentra expuesto a riesgos. Por riesgos no se comprende únicamente a los factores asociados a la urgencia, sino a aquellas situaciones relacionadas con prácticas de consumo o no, que requieran de una intervención. Es a partir de esto que se orientarán las estrategias en función a un criterio de prioridades – estrategias a corto, mediano y largo plazo – lo cual se pro

Problemáticas de Salud Mental: Diseño de la Estrategia de Abordaje Singular y Territorial de los Consumos Problemáticos.

En el territorio las personas, organizaciones o comunidades consultan por preocupaciones o problemáticas específicas cuya respuesta implica diferentes áreas de trabajo. Es necesario generar condiciones de posibilidad y accesibilidad a la consulta para las personas y su red subjetiva de apoyo. Es importante detectar signos de alarma que den lugar a suponer situaciones de riesgo.

Tal como se planteó en el Módulo I se trata de tramas complejas determinadas por el entrecruce de variables subjetivas, relacionales, culturales, históricas, sociales, jurídicas y biológicas.

El proceso de escucha debe considerar las diferentes variables en juego en la demanda para poder alojarla. Representa un reto para los profesionales y técnicos que se encuentran llevando adelante acciones territoriales.

Las consultas por consumos problemáticos tienen la particularidad que se realizan cuando esa práctica o sustancia ya no ocupa el mismo lugar, no le brinda la misma respuesta o el sujeto pierde su control o regulación. Es común en estas presentaciones escuchar frases tales como “no puedo parar”, “estoy perdiendo todo”. Solemos encontrarnos con sujetos que son traídos a la consulta por miembros de su familia o la comunidad. Existen ocasiones en las cuales es un familiar o allegado el que consulta por otro. En esos casos es importante indagar los motivos que motorizan dicha demanda y despejar todas las variables y actores en juego de la situación.

Para alojar cada situación y su complejidad se debe sostener una escucha activa durante el tiempo necesario, de acuerdo a cada singularidad. Mario Kameniecki (2009, p. 13) refiere que alojar implica “estar dispuesto – y disponible – para ese sujeto singular y ofrecerle escucha y tiempo”. Implica comprender y adaptarse a los tiempos de esa persona, propiciar un espacio con un umbral mínimo de exigencia sin perder el encuadre institucional. El diseño de intervenciones requiere partir de un proceso de “primera escucha”. El mismo y su análisis habilitarán la construcción de un diagnóstico situacional, para determinar si se encuentra expuesto a riesgos. Dicha lectura permite discernir situaciones relacionadas con prácticas de consumo o no, que requieran de una intervención inmediata. Es a partir de esto que se orientarán las estrategias en función a un criterio de prioridades – estrategias a corto, mediano y largo plazo – lo cual se profundizará en el Módulo 3 del presente Seminario.

Estos Módulos tienen por objetivo estudiar y analizar las Problemáticas en Salud Mental. Para ello se propone una revisión inicial sobre el diagnóstico

en Salud Mental para consensuar los criterios que deben ser considerados en todo proceso diagnóstico.

Estos criterios responden a los paradigmas y modelos que se utilizan como referencias para las prácticas. En la primera clase veremos una breve reseña de los mismos.

Ahora bien, ¿por qué pensar en las Problemáticas de Salud Mental dentro de este Seminario? Es importante definir qué entendemos por problemáticas y cuáles son los padecimientos específicos, así como también problematizar la mirada “psicopatológica” ateniendo a la integralidad del concepto de salud mental. A partir de esto, podremos reconocer situaciones de riesgo que guiarán las estrategias en distintos espacios de inserción. La lectura integral de la presentación dará lugar a la construcción de indicadores que orienten a las mismas.

Se analizarán los riesgos que se presentan en los padecimientos de Salud Mental, los riesgos toxicológicos asociados a las prácticas de consumo y aquellos que no se asocian a las mismas pero que conllevan impacto subjetivo. Finalmente se pretenderá consensuar la definición de consumos problemáticos pensando al sujeto y su relación con el consumo mediado o no por una sustancia.

En el Módulo III se profundizará sobre la lectura de riesgos en el proceso de Primera escucha y el diseño de las estrategias de abordaje singulares. Lo mismo implicará analizar qué implica el proceso de construcción de la demanda, y definir cuándo el abordaje se convierte en intervención – con la posterior lectura de efectos –. Este mismo proceso de análisis se realizará para el diseño de estrategias territoriales dirigidas a las comunidades en las cuales se desee desarrollar un trabajo territorial. Para profundizar sobre estos aspectos se introducirán conceptos de la Metodología de Tratamiento Comunitario.

por: María Flavia Bordoni y Erica Tejera

Objetivos del Módulo II y III

- Reconocer aquello que engloba el concepto de Problemáticas de Salud Mental.
 - Comprender los diversos Modelos de intervención en Salud Mental.
 - Analizar las herramientas diagnósticas existentes.
 - Comprender procesos diagnósticos integrales y adoptar herramientas para su implementación.
- Reconocer situaciones de riesgo psíquico que requieran de una intervención específica de un equipo de salud mental.
- Adquirir nociones sobre la clasificación de drogas.
 - Conocer la clasificación de los medicamentos psicofarmacológicos.
 - Reconocer indicadores de riesgos de la situación de los sujetos y determinar criterios de urgencia.
 - Reconocer indicadores de riesgos en las prácticas de consumo de sustancias y determinar criterios de urgencia.
 - Adquirir nociones en torno a las estrategias de Reducción de Riesgos y Daños.
 - Detectar en la comunidad indicadores de riesgos asociados a las prácticas de consumo.
 - Aplicar los conceptos vistos en el diseño de campañas e intervenciones en la comunidad para la reducción de riesgos y daños en las prácticas de consumo.
 - Comprender la concepción de consumos problemáticos.
 - Reconocer indicadores para determinar si el sujeto se encuentra atravesado por una problemática de Salud Mental.
 - Aplicar los conceptos abordados en el diseño de estrategias singulares de abordaje.
 - Reconocer los aspectos básicos necesarios para considerar una estrategia aplicada como intervención.

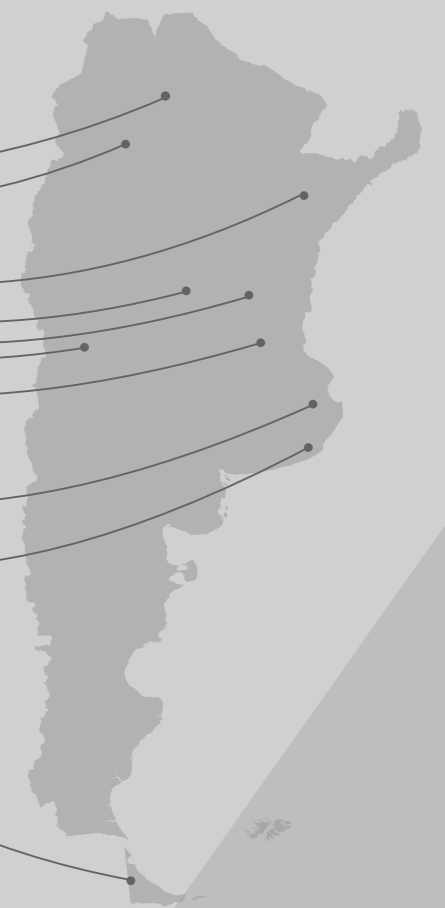
Bibliografía

- Alcuaz, C. y Rodríguez Evans, A. (2014). Modos de presentación de la urgencia en tiempos de la toxicomanía generalizada. ¿Cómo intervenir en las urgencias? Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos. Buenos Aires: Ed. Laura Bonaparte.
- Doallo A., Iribarren M. y Prestía M. (2014) Manejo de la Urgencia en sujetos bajo transferencia dentro de un dispositivo ambulatorio intensivo. ¿Cómo intervenir en las urgencias? Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos. Buenos Aires: Ed. Laura Bonaparte.
- Kameniecki M., Kobilaner D., Laner L., Pérez Barboza H. y Zubuczynski G. (2009). Consumos Problemáticos. Encuentros con presentaciones de casos clínicos: un trabajo en curso. Buenos Aires: Letra Viva.

MÓDULO 2 / PROBLEMÁTICAS DE SALUD MENTAL

PARA EQUIPOS
INTERDISCIPLINARIOS DE
TODO EL PAIS

SEMINARIO DE FORMACIÓN
SOBRE ESTRATEGIAS
DE ABORDAJE TERRITORIAL



Índice

11	Diagnóstico situacional: construcción y lectura <i>por Bárbara Goldstein</i>
11	a. Modelos de abordaje y comprensión del Padecimiento de Salud Mental
15	b. Construcción y lectura de un diagnóstico. Hacer un diagnóstico: posibilidad de invención.
19	Clasificación de Sustancias Psicoactivas: Diferentes modalidades de los consumos y problemáticas asociadas <i>Paula Valeria Fernández</i>
23	Psicofarmacología: revisión sobre sus usos y aplicaciones <i>por María Flavia Bordoni</i>
27	Aspectos toxicológicos en el uso de drogas y los consumos problemáticos. Una aproximación en la articulación con los criterios de prevención y reducción de daños en el uso de drogas. <i>por Ricardo Paveto</i>
31	La problemática de los consumos como presentación actual del padecimiento psíquico <i>por Romina Ramirez y Paula Valeria Fernández</i>
37	Estrategias asistenciales desde el paradigma de reducción de daños. Experiencia DIAT Dispositivo Integral de Abordaje Territorial Sedronar Mar del Plata. <i>por Ianantuony Carola, Laterrade Nicolás, Elizalde Soledad, Simon Joaquín, Rizzo Francisca, Guerrero Valeria</i>
43	Bibliografía

Diagnóstico situacional: construcción y lectura

Modelos de abordaje y comprensión del Padecimiento de Salud Mental

Durante el MÓDULO 1 situamos Modelos de abordaje y comprensión del Padecimiento de Salud Mental en función a los paradigmas que se desprendían de ambas leyes nodales: Ley N° 23.737 y Ley N° 26.657.



A los fines del presente documento se profundizará sobre 5 modelos de abordaje de los padecimientos de salud mental, particularmente de los consumos problemáticos de sustancias.

1 Modelo ético-jurídico

El paradigma punitivo se basa en el Derecho y define el consumo de drogas como un delito. Los sujetos se consideran culpables por transgredir la ley y deben ser castigados.

Este modelo pone el énfasis en las medidas legales y penales dirigidas a los usuarios de drogas quienes son considerados "delincuentes" por infringir la ley. "La droga" es concebida bajo la lupa del delito y determina

la consecuente criminalización y estigmatización de sus usuarios. Además, como se trata de sustancias ilegales estimula la creación de un mercado negro cada vez más poderoso. El eje central de este modelo es el paradigma prohibicionista.

Según Graciela Touzé (2006) este modelo presenta una paradoja intrínseca en la cual el consumidor de drogas es considerado delincuente y al mismo tiempo “víctima” de la droga. Se antropomorfiza la sustancia como un “sujeto activo” y la persona es considerada su víctima.

El modelo jurídico busca impedir la disponibilidad de la sustancia. La prevención se basa en difundir las terribles consecuencias que genera la utilización de drogas. Destaca sus efectos nocivos y las penas por su cultivo, producción, distribución, venta, tenencia y uso.

Las personas que son encontradas consumiendo drogas, se las aísla del resto de la sociedad para castigarlas por su conducta desviada. Se destina un importante porcentaje de recursos públicos y privados para garantizar la seguridad social.

Este modelo es el más utilizado por los medios de comunicación social y el que más adhesiones tiene de la población en general. Asocia sistemáticamente el consumo de drogas con la delincuencia.

2 Modelo médico-sanitario

Desde este modelo es la Medicina la encargada de dar respuesta a esta problemática. Define a los consumidores de drogas como “enfermos” y les asigna un “tratamiento” en lugar de imponerles un “castigo”.

Según Touzé (2006), la medicalización de la vida, concepto que retoma de Iván Illich (1975), determinó que gran parte de las situaciones de la vida cotidiana ingresaran en la jurisdicción de la Medicina y sean consideradas como problemas a tratar. Esta ciencia definió la conducta “desviada” y el análisis médico vino a suplir lo que antes, según los discursos religiosos, era considerado pecaminoso o inmoral. Para algunos autores la rehabilitación médica vino a reemplazar el castigo aunque de un modo encubierto.

El modelo médico hegemónico (Menéndez, 1990) fue ganando cada vez más lugar representado por la Medicina alopática, científica y “oficial”. Esto determinó que muchos conflictos personales y sociales sean considerados problemas médicos a intervenir desde una óptica biologicista e individualista. De esta manera, la drogadependencia fue tomada como materia de estudio de la Medicina.

Para este modelo el “drogadicto” es considerado un “enfermo” al que hay que curar – diagnosticar, prescribir y tratar – para reinsertar luego en la sociedad. En general, las intervenciones curativas del especialista se apoyan más en la prescripción, consejo e información que en la “escucha” personalizada de lo que está necesitando cada persona en particular.

Las drogas, las personas y el contexto se analizan en términos de “agentes”, “huésped” y “ambiente” según la misma lógica con la que se estudian las “enfermedades infectocontagiosas”. Se considera que una droga es nociva para las personas cuando falta la prescripción médica en su administración.

En la primera mitad del siglo pasado este modelo tuvo un papel central pero luego quedó opacado a causa de la importante presencia social que fue adquiriendo el discurso jurídico. Sin embargo, hacia el inicio de la década de los ´70 surgió con fuerza la idea de que los drogadictos no son delincuentes sino enfermos. Por esta razón, se los debía incluir en dispositivos médicos institucionalizados como enfermos. En ese camino, si logran recuperarse se convierten en convalecientes o ex adictos.

3 Modelo psicosocial

Este modelo surge a mediados de los años ´80 y a diferencia de los modelos anteriores, corre el foco de la sustancia y lo ubica en el sujeto. Considera a la adicción como resultante de un malestar psíquico. Centra el interés en el tipo de vínculo que la persona establece con la sustancia. El discurso psico-social entiende el concepto de adicto como sinónimo de “esclavo” (Touzé, 2006).

Esta lectura sostiene que lo no dicho queda obturado por la práctica del consumo. Por esta razón, más que buscar las formas de “detectar” los signos de drogadicción, plantea estar atentos a las dificultades que presentan algunas personas para encontrar otras formas de “decir” que no sea el consumo.

Este modelo se sustenta en el reconocimiento de la complejidad de cada situación y la importancia que tienen los factores psicológicos y ambientales sobre las decisiones de los sujetos. Pone el foco en la persona y busca saber cuáles son las necesidades que la llevaron al consumo de sustancias. Desde esta perspectiva se busca explicar por qué una persona comienza a consumir drogas. Considera importante la responsabilidad de la familia en el proceso de socialización – primaria –, y secundariamente su grupo de pertenencia (amigos y compañeros). Se prioriza el lugar que tiene el medio social cercano y, en menor medida, el medio social más amplio – político, económico, cultural, social –.

4 Modelo socio-cultural

Este modelo apunta a una lectura de la problemática desde una dimensión macrosocial donde la variable social cobra primordial relevancia en la comprensión de las causales del consumo de drogas.

Refiere que de acuerdo al modo en que cada sociedad define el consumo y sus consecuentes estrategias preventivas será la manera de abordar a los sujetos con consumos problemáticos. Plantea en este sentido al uso de drogas como síntoma, pero no desde una perspectiva psicopatológica, sino social, como manifestación de las disfunciones del sistema.

De este modo pone en relevancia la necesidad de considerar la estructura socioeconómica y los aspectos culturales que constituyen el contexto social de los usuarios de drogas a la hora de diseñar políticas de abordaje y prevención de los consumos.

Las desigualdades, la falta de oportunidades para grandes sectores de la población, la marginación, la pobreza, el desempleo, el abandono escolar, la discriminación, el analfabetismo, la carencia de una vivienda digna, los procesos de urbanización e industrialización sin una planificación adecuada, deben considerarse como factores causantes de la aparición masiva de las drogadependencias (Kromblit, Camarotti y Di Leo).

A diferencia del modelo precedente no trata a estos sujetos como enfermos, sino como individuos que no tuvieron la oportunidad de un desarrollo pleno. Privilegia los significados que los sujetos otorgan a las prácticas de riesgo y protección. Apunta a condicionantes estructurales, por lo que su aplicación no es óptima al abordar grupos pequeños.

Este modelo ha habilitado procesos de implementación de programas de reducción de riesgos y daños, permitiendo mayor tolerancia y aceptación de los consumidores.

Según Touzé (2006) desde esta perspectiva el consumo de drogas funciona como una forma de evasión de la realidad y es considerado como síntoma social. Se lo concibe como catalizador de la disfunción del sistema. El supuesto preventivo subyacente apunta a disminuir las situaciones de conflicto y desigualdad social para reducir el consumo de drogas.

5 Modelo de Abordaje Integral

El abordaje integral en el ámbito de la Salud implica un conjunto de acciones individuales y colectivas que incluyan a todos los sujetos que participan en los procesos de salud-enfermedad (de ahora en más S/E). Supone

entonces, llevar adelante acciones en todos los niveles de atención que no se limiten a los ámbitos “clásicos” del sistema de salud. De esta manera, se comprende el proceso de S/E desde la perspectiva de derechos para diseñar estrategias que consideren la fragilidad social, política y/o jurídica de las personas y la promoción, protección y/o garantía de sus derechos de ciudadanía (Camarotti A. y Kronblit A., 2015).

De este modo, las necesidades evocadas por los sujetos atraviesan un conjunto de aspectos que trascienden la problemática de consumo – vivienda, trabajo, educación, entre otros – (Elizalde S.; Guerrero V.; Ianantuony C.; Laterrade N.; Rizzo F. y Simón J., 2017). **Priorizar la voz del sujeto a la hora de diseñar las intervenciones implica vislumbrar estas necesidades y propiciar acciones para atenderlas, incluyendo de forma activa a la persona en todo el proceso.**

El abordaje integral de la problemática requiere comprender su inevitable vinculación con el sufrimiento y el dolor. El sufrimiento altera la relación con los demás y la capacidad de actuar. El primer afectado es el propio cuerpo que, a menudo, busca en las drogas legales e ilegales el medio para aliviarlo. Pero también modifica las relaciones con el mundo exterior, pues los problemas de marginación social afectan cada vez más a los toxicómanos (Francois, 1999, p. 53).

Desde esta perspectiva durante el tratamiento es necesario acompañar el proceso de reconstrucción de la red social de apoyo. Requiere por tanto enfrentarse a la exclusión social, lo cual significa trabajar por una sociedad inclusiva, por ejemplo, por la justicia social (Kronenberg F., 2006, p.94).

■ Construcción y lectura de un diagnóstico. Hacer un diagnóstico: posibilidad de invención.

Realizar un diagnóstico implica un proceso para conocer una situación, poder intervenir y modificarla. Permite recabar datos y hechos ordenados sistemáticamente. Los modelos son los marcos de referencia que guían dicho proceso y el consecuente abordaje del problema.

Tal como se anticipó en la introducción del presente módulo, la consulta se presenta como una situación compleja que requiere despejar las variables subjetivas, relacionales, culturales, históricas, sociales, jurídicas y biológicas que se encuentran en juego. Frente a diversos modos de presentación

clínica se plantea la necesidad de diseñar estrategias para indagar la singularidad de cada situación.

En la actualidad se tiende a asociar los procesos diagnósticos a clasificaciones brindadas por los manuales diagnósticos y estadísticos. Particularmente en la Argentina se da la predominancia del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) que actualmente tiene en vigencia las ediciones IV y V.

El DSM presenta la clasificación de los trastornos mentales. Proporciona descripciones sintomatológicas diferenciadas en categorías diagnósticas. Está destinado a clínicos e investigadores de las ciencias de la salud para diagnosticar, estudiar e intercambiar información.

Describe el funcionamiento del paciente a través de cinco ejes:

- **Eje I:** Se describe el trastorno o trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente si no configura ningún trastorno. Por ejemplo: trastorno depresivo, demencia, dependencia de sustancias, esquizofrenia, fobia social, fobias específicas, hipocondrías, etcétera.
- **Eje II:** Se especifica si hay algún trastorno de personalidad en la base (o rasgos de algún trastorno), algún trastorno del desarrollo o retraso mental (por ejemplo, trastorno de personalidad límite, retraso mental moderado).
- **Eje III:** Se especifican otras afecciones médicas que puede presentar el paciente.
- **Eje IV:** Se describen tensiones psicosociales en la vida del paciente (desempleo, problemas conyugales, duelo).
- **Eje V:** Se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), a través de la EEAG (escala de funcionamiento global). Este manual no tiene por objetivo explicar las diversas patologías ni proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, como tampoco adscribirse a una teoría o corriente específica dentro de la Psicología o la Psiquiatría.

Si bien es considerado el principal referente académico de la Psiquiatría ha colaborado en la creciente medicalización de la vida cotidiana. De la mano del poder de las farmacéuticas hizo creer a médicos, padres y pacientes que el trastorno psiquiátrico es algo muy común y de fácil solución. El resultado ha sido una inflación diagnóstica que produce mucho daño especialmente en Psiquiatría infantil. Al ampliarse los síndromes y patologías en la edición del DSM V se corre el riesgo de convertir la actual inflación

diagnóstica en hiperinflación (Allen F., 2017).

Entre los riesgos que se suscitan se encuentra la posibilidad de precipitar un diagnóstico temprano, que en vez de orientar el camino de la cura, se transforme en una etiqueta invalidante.

El DSM en sus diferentes versiones no toma en cuenta la historia, las causas ni los factores desencadenantes del síntoma o trastorno. “Con el argumento de una supuesta posición ateorica, el DSM responde a la teoría de que lo observable y cuantificable puede dar cuenta del funcionamiento humano, desconociendo su profundidad y complejidad, así como las circunstancias histórico-sociales en las que pueden suscitarse ciertas conductas.” (Manifiesto de profesionales de la Salud Mental, 2011).

De acuerdo al recorrido realizado, podemos decir que un manual de clasificación resulta una herramienta útil en la medida que forme parte de un proceso diagnóstico integral. Desde la perspectiva de abordaje integral en Salud Mental es necesario no sólo conocer la situación del sujeto de manera aislada, sino también las características del sistema local de salud, la cobertura asistencial de la población y los recursos con los que cuenta para enfrentar las situaciones de sufrimiento.

El **diagnóstico integral** entonces debe considerar las variables singulares y de la comunidad. Para ello se debe instalar un proceso de primera escucha que habilite un tiempo de construcción de la demanda.

Por esta razón, los primeros encuentros deben ser planteados en términos de confianza y respetando los tiempos del consultante. Si bien no existe un protocolo de intervenciones estandarizadas, las mismas estarán orientadas hacia la construcción de indicadores desde una escucha integral. Se deberá despejar las siguientes variables: situación respecto al acceso a sus derechos (edad, género, escolaridad, trabajo, programas sociales, etc.); circulación del sujeto por instituciones y organismos de la red territorial; referentes afectivos/Red subjetiva de apoyo; demanda explícita e implícita de la persona consultante; entre otras.

Conclusión

El diagnóstico es un proceso clave para pensar el abordaje y diseñar las posibles trayectorias de intervención.

Dada la trama compleja de los territorios, comunidades y sujetos pasibles de intervención pensar el diagnóstico únicamente desde Manuales Diagnósticos – tales como el DSM – no habilita comprender la problemática en su complejidad. Es necesario entonces realizar diagnósticos integrales que analicen la situación en su complejidad.

Desde el DSM el diagnóstico psiquiátrico puede tomar un valor de etiquetamiento que codifica una pasividad irreversible. Basaglia sostiene sobre el padecimiento que “desde el instante en que se la considera únicamente en términos de enfermedad, no entra en duda la significación discriminatoria de ese diagnóstico” (Basaglia, 1972: 141).

Clasificación de Sustancias Psicoactivas:

■ **Diferentes modalidades de los consumos y problemáticas asociadas**

Para poder analizar las diferentes modalidades de consumo resulta necesario delimitar a qué llamamos drogas y cuáles son las existentes desde la Clasificación de Gustavo Hurtado (2000).

Esto permitirá posteriormente en el presente Módulo analizar prácticas asociadas al consumo de drogas legales e ilegales y los aspectos toxicológicos de las mismas.

CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS DE BAYÉS (1977)
SEGÚN PÉREZ R. Y KAMENIECKI M. (2008).

CLASIFICACIONES GENERALES.

Existen diferentes categorías de clasificación de los tipos de drogas. A continuación, se señalan algunas de las más utilizadas:

• **“Duras” y “blandas”**

Esta es una forma de tipificación muy ambigua y peligrosa. Por un lado, es ambigua porque resulta difícil decidir qué criterios hacen a una droga más “dura” que otra, y por el otro, es peligrosa porque al calificar de “blanda” una sustancia puede inducir a pensar que es menos amenazadora o tóxica (Pérez, 2000).

• **Legales e ilegales**

Esta clasificación responde a criterios ordenados por la legislación sobre sustancias tóxicas. A pesar de que esta clasificación pueda parecer más objetiva que la anterior, induce también a error, sobretodo en el caso de la población infantil y adolescente, ya que a los más pequeños les resulta difícil de entender que algunas drogas, siendo legales, puedan ser letales.

• **Naturales, sintéticas y semisintéticas**

Este criterio se basa en el origen de la sustancia. A veces, se puede llegar a pensar que una sustancia natural es mejor o menos nociva que una sintética, sin embargo, es importante saber que las sustancias naturales también tienen sus riesgos.

• **Nivel de toxicidad y riesgo para la salud**

Teniendo en cuenta las variables de la tolerancia, la dependencia y la toxicidad de las sustancias en relación con la gravedad de los efectos para la salud del consumidor, se consideran como factores de mayor riesgo aquellas drogas con las siguientes características:

- Las que son capaces de desarrollar la tolerancia del organismo con mayor rapidez.
- Las que tienen una mayor capacidad de crear dependencia física.
- Las que tienen la distancia más pequeña entre la dosis mínima, pero capaz de producir efectos en el SNC y la máxima, para la intoxicación con riesgo de muerte.

CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS DE BAYÉS (1977)
SEGÚN PÉREZ R. Y KAMENIECKI M. (2008).

CLASIFICACIÓN POR SUS EFECTOS EN EL SNC

Finalmente, la clasificación propuesta se fundamenta en el efecto principal que producen las sustancias sobre el SNC (Bayés, 1977). La siguiente categorización no sólo es aplicable a las drogas, sino que también es válida para numerosos psicofármacos.

• **Drogas depresoras**

Son las que reducen o disminuyen la actividad del SNC. Tranquilizan, relajan e inducen al sueño. Son sustancias que al ser consumidas generan depresión de las funciones psíquicas y biológicas.

Esto no quiere decir que produzcan trastornos de depresión y tristeza, sino que básicamente disminuyen el tono psicológico con el retraso o decrecimiento de los impulsos. Dentro de este grupo se incluyen los opiáceos y todos sus derivados, el alcohol, los inhalables, los sedantes y los tranquilizantes.

• **Drogas estimulantes**

Son sustancias que tienen un efecto estimulante y aceleran la actividad del SNC.

Producen un estado de excitación y de celeridad de las funciones psíquicas y biológicas. Aumentan la percepción y reducen la sensación de sueño y fatiga.

Pertencen a este grupo la cocaína y sus derivados, las anfetaminas, la nicotina, la cafeína y algunas drogas de síntesis.

• **Drogas alucinógenas**

Son aquellas drogas que alteran o perturban la sensación de la realidad. El efecto predominante son los cambios en la percepción, el pensamiento y el humor. Se incluyen en este apartado el cannabis y sus derivados, el LSD, la mescalina, la psilocibina, y también algunas drogas de síntesis.

Hay sustancias que pueden tener diferentes efectos y por ello, a veces, son difíciles de tipificar, como por ejemplo ocurre con el “éxtasis” o MDMA puesto que se encuentra clasificado como droga alucinógena, pero sus efectos están a medio camino entre éstas y las estimulantes.

Conclusión

Es importante considerar las clasificaciones realizadas desde una matriz estrictamente sanitaria, tal como la ley de salud mental lo formula, ubicando la problemática de consumo como parte integrante de las políticas de salud mental.

En la actualidad existen diferentes modalidades de consumo. Tal como lo venimos postulando, dicha modalidad no está definida por la sustancia sino en la relación que el sujeto establece con ella. En este sentido, pensamos las intervenciones desde una perspectiva inclusiva, que busca interpelar al sujeto en virtud de problematizar aquello que le sucede, considerando su singularidad y las condiciones socio históricas.

Psicofarmacología: revisión sobre sus usos y aplicaciones

Introducción

Se entiende por **medicamentos** a las sustancias que cuentan con un principio activo - fármacos - que han sido integradas en el ámbito farmacéutico y se destinan para la prevención, diagnóstico, tratamiento, alivio o cura de enfermedades, síntomas o estados patológicos.

Dentro de estas sustancias encontramos aquellas con principios psicoactivos denominadas **psicofármacos**. Se comprende por **sustancias psicoactivas**¹ a toda sustancia química de origen natural o sintético que al introducirse por cualquier vía (oral, nasal, intramuscular e intravenosa) ejerce un efecto directo sobre el sistema nervioso central (SNC, compuesto por el cerebro, órganos basales y la médula espinal). Estas sustancias producen cambios neurobiológicos capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones.

Existen varias clasificaciones de los psicofármacos. A los fines del presente artículo se utilizará la clasificación de Julien (1995) la cual se basa atendiendo a los efectos conductuales y clínicos de los compuestos:

- **Antidepresivos:** son un grupo heterogéneo de compuestos con un efecto terapéutico sobre la sintomatología depresiva - tristeza persistente, llanto frecuente, pérdida o ausencia de interés por actividades anteriormente placenteras, pérdida de la vitalidad habitual, ánimo depresivo, tristeza y desesperanza -. Estos fármacos alteran las funciones químicas del cerebro que median en la transmisión de información entre las neuronas, es decir, afectan a las sinapsis cerebrales aumentando la cantidad de neurotransmisores disponibles.
- **Ansiolíticos e hipnóticos:** son un grupo de compuestos con acción depresora del sistema nervioso central destinados a disminuir o eliminar los síntomas de la ansiedad. Alivian o suprimen los síntomas de la ansiedad calmando la hiperexcitabilidad nerviosa del sujeto. Los ansiolíticos tienen como objetivo no producir sedación o sueño a diferencia de lo que suele ocurrir con los medicamentos hipnóticos.
- **Antipsicóticos:** también denominados neurolepticos son fármacos que se utilizan como tranquilizantes mayores. Su uso comúnmente, aunque no exclusivamente, se indica para el tratamiento de los síntomas de las psicosis - alucinaciones, delirio y agitación -. Su acción tiende a bloquear los receptores de la vía de la dopamina en el cerebro.

¹ Es importante comprender que las llamadas drogas ilegales son otro tipo de sustancias con principio psicoactivo no integradas al ámbito farmacéutico. Por lo tanto las drogas están compuestas por un grupo de sustancias ilegales y otro grupo legales, las cuales se incluyen como medicamentos de posible prescripción médica.

- **Estabilizadores del ánimo:** se utilizan principalmente para el tratamiento de la bipolaridad. Tienen un efecto sobre la sintomatología maníaca normalizando el estado afectivo.

- **Estimulantes del Sistema Nervioso Central:** son aquellos que se utilizan principalmente en los llamados déficit de atención e hiperactividad.

Toda sustancia psicoactiva – drogas legales e ilegales – tiene la capacidad de producir una transformación neurobiológica. El efecto que produce va a depender de su uso, es decir tiene dos caras: la de remedio y la de veneno.

Esta capacidad de transformación según su principio activo es lo que se denomina Principio del Pharmakón: la primera cara es la que otorga alivio a la persona, la segunda se relaciona con su composición tóxica. En un comienzo alivia al sujeto, remedia su padecer, lo ayuda a caminar, funciona como soporte y apoyo. Luego, esta función se revierte en veneno, como cancelación tóxica ante su malestar (Goldestein y Bordoni, p. 42, 2015).

Los psicofármacos resultan un recurso terapéutico para ciertas circunstancias donde el sufrimiento psíquico toma por completo el psiquismo del sujeto anulando sus posibilidades de acción. Radica allí la importancia de una derivación oportuna al sistema de salud mental local cuando a nivel diagnóstico se leen signos de riesgo psíquico o riesgo cierto e inminente. El uso pertinente e indicado de los psicofármacos resulta ser un “auxiliar de la palabra” para abordar situaciones de crisis o sufrimiento.

Gutiérrez Segú (2010) sostiene que “la medicación debe estar al servicio de posibilitar la emergencia de un cierto orden de palabra. Por lo cual es interesante el efecto que es producido cuando la medicación se combina con la posibilidad de desplegar esa palabra, o sea cuando se acompaña de esa puesta en acto que es la transferencia”.

La prescripción de psicofármacos tiene por objetivo el alivio de la sintomatología productiva o negativa². Es importante aclarar que no hay una correspondencia lineal y unívoca entre cada psicofármaco y su uso para un diagnóstico determinado.

El uso de un medicamento será más eficaz si se establece un buen manejo de la relación médico-paciente en un vínculo terapéutico de confianza. Rafael Skiadaressis (2017) propone que “hay una relación paciente-médico que va más allá de la experiencia de laboratorio”. Para el alcance de la efectividad terapéutica buscada existen cuestiones singulares entre el sujeto y el medicamento que hacen al efecto del mismo.

El psicofármaco de este modo no debe ser el único recurso disponible para la persona, por contrario, desde una perspectiva de abordaje integral, resulta un andamiaje más dentro de la trayectoria terapéutica del sujeto.

En la actualidad hay un empuje de la época a psicofarmacologizar la angustia, denominado medicalización de la vida cotidiana. En los medios de comunicación resulta común observar campañas de promoción de medicamentos dirigidas al consumidor donde se altera la mediación de una prescripción profesional. De este modo los medicamentos se ofrecen como un objeto más de consumo. Se instalan modelos sociales donde se establece la solución de casi todos los problemas de la vida diaria a través del consumo de fármacos o sustancias.

Esto responde al denominado fenómeno de la medicalización que consiste en convertir en enfermedades toda una serie de episodios vitales de la existencia, y aun de diversos comportamientos de la vida cotidiana, las cuales son explicadas y tratadas como enfermedades (Galende, p.14, 2013).

En la actualidad se presenta como una oferta para el confort de las personas, para administrar en forma personal las emociones, se trate de angustia, de apatía o de aburrimiento. La automedicación gana así lugar frente a la inquietud, la angustia y la inseguridad (Goldestein y Bordoni, p. 42, 2015).

El consumo de fármacos se masifica y generaliza cada vez más. Se trata de sustancias legales que son indicadas por un médico o difundidas de boca en boca. Se combinan al modo de un alquimista según su uso y su efecto: excitadores, estimulantes, ansiolíticos, sedantes, como también analgésicos. Para todo problema humano habría una respuesta química (Goldestein y Bordoni, p. 42, 2015).

La automedicación y la prescripción de varios medicamentos van ganando lugar frente a la inquietud, la angustia y la inseguridad. Se trata de una afección de nuestra época, una adicción socialmente aceptada o por lo menos más tolerada. Podemos concebir a estas sustancias como prótesis farmacológicas que prometen una felicidad química universal, “muletas químicas para poder vivir” (Goldestein y Bordoni, p. 42, 2015). A estos fenómenos Nestor Yellati (2017) los denomina Polifarmacia Irracional al correrse el riesgo de no poder delimitar efectos secundarios dada la cantidad de drogas suministradas al paciente.

Conclusión

La medicación psicofarmacológica debe funcionar como una herramienta terapéutica para ayudar al sujeto a atravesar instancias de sufrimiento psíquico profundo. Es importante reconocer los signos de alarma para realizar una derivación pertinente al sistema de salud mental.

Para sostener dicha función terapéutica el fármaco debe ser indicado por un médico estableciéndose una relación médico - paciente (relación transferencial) que impacta sobre los modos de asimilación y respuesta al componente.

El psicofármaco como andamiaje dentro de la trayectoria terapéutica de un sujeto es un apuntalamiento más en el abordaje interdisciplinario e integral. Es importante la escucha atenta cuando un sujeto relata intervenciones sobre su salud mental para poder evaluar si la misma se encuentra inscripta desde esta perspectiva.

Por último es necesario determinar cuál es la relación que el sujeto establece con la sustancia, a pesar de ser legal, su consumo puede tornarse problemático.

Aspectos toxicológicos en el uso de drogas y los consumos problemáticos.

■ Una aproximación en la articulación con los criterios de prevención y reducción de daños en el uso de drogas.

El conocimiento de los aspectos toxicológicos en el uso de drogas y los consumos problemáticos, sean estos de drogas legales o ilegales, adquiere relevancia al momento de elaborar las intervenciones de prevención y reducción de daños.

Sin completar todo el abanico de posibles intervenciones donde se consumen sustancias psicoactivas, podemos señalar aquellas que se sitúan en fenómenos masivos³ y aquellas que se desarrollan en el marco de la cotidianidad de una comunidad y/o grupo social.

El desarrollo de estas intervenciones apuntan a poder disminuir los factores de riesgo, ante los potenciales actos de consumo, mitigando/evitando así la aparición de situaciones problemáticas con consecuencias graves para la salud de la persona.

Los criterios de Reducción de Daños articulados a la perspectiva de priorizar al sujeto y su vínculo con la sustancia, no implica que no deba tomarse en cuenta a las drogas. Muy por el contrario se le debe dar su lugar, reconocer sus características diferentes entre sí, sus efectos, sus riesgos, sus daños potenciales, las valoraciones sociales que se le otorgan, las diversas formas de consumo, y los potenciales adictivos de cada una de ellas, etc.

Todo lo antedicho resulta de importancia en tanto y en cuanto no perdamos la brújula de la funcionalidad que cada sujeto le otorga a esa sustancia que consume, tan singular para cada uno en su economía psíquica.

Aún más, podemos registrar que desde el modelo abstencionista, y con mucha frecuencia desde los medios masivos de comunicación, se habla de “la droga” en singular. Esto puede conducir a errores tanto en el análisis del fenómeno como también en la elaboración de intervenciones pensadas desde las políticas públicas para los usuarios de drogas.

Introducimos en las nociones básicas de Toxicología permitirá comprender la conveniencia de usar el plural “las drogas”, reconociendo sus diferencias a nivel de: efectos; riesgos; interacciones cuando se realizan “mezclas”; las circunstancias en las que se da ese consumo, expectativas, estado de ánimo.

³ En el marco de contextos de carácter recreativo diversos como por ejemplo: festivales de música, fiestas populares, escenarios de diversión nocturna, ámbitos no formales de vida nocturna, etc.

mo y las características de la persona. Esto permite intervenir, desde una mirada pragmática, a través de la organización de un conjunto de tareas y acciones sanitarias y sociales para proteger la salud y preservar la vida de la población que participa del uso de drogas.

Se trata de desarrollar acciones de información clara sobre las drogas, sus efectos, sus riesgos conjuntamente con aquellas orientadas a la prevención de consumos problemáticos y reducción de daños asociados a estos.

Para la construcción de una información clara, pertinente, eficaz “La Reducción de Daños toma como objetivo prioritario el desarrollo del máximo contacto posible, desde dispositivos de salud como también de las áreas sociales, con el mayor número de personas que participan del fenómeno del uso de sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales. Por ello es clave ampliar la oferta de las áreas socio-sanitarias desarrollando dispositivos de modalidad diversa, que intervengan en los lugares considerados clave para elevar los niveles de contacto con la población destinataria” (Paveto, 2016).

Cuanta más cercanía tengamos, mayores serán las posibilidades de dialogar con las personas que protagonizan los consumos. Ellxs nos brindarán información clave para acercarnos a sus imaginarios, mitos y representaciones sociales como elementos importantes para que la prevención sea significativa, concreta y útil.

Esa información clave, con la que cuentan los usuarios de drogas (UD's) da cuenta de un saber empírico sobre los aspectos toxicológicos de sus consumos que es necesario saber escuchar, decodificar y articular con las nociones de toxicología. Esto permitirá un análisis más certero para lograr un mayor impacto de las acciones de prevención y Reducción de Daños en conjunto con la población destinataria.

Uno de los mitos más reconocidos es el “sube-baja” entre el consumo de cocaína y alcohol, el cual parte de un supuesto principio deregulador para un equilibrio compensatorio. Este mito parte de percibir la supresión de algunas reacciones y síntomas que produce una sustancia consumiendo la otra en busca de una situación de equilibrio posible. Nada de eso ocurre, por el contrario el hígado, organismo que metaboliza las sustancias y que cuenta con una capacidad de trabajo específica, elige a una de ellas para metabolizarla.

Agotada o sobreexigida su capacidad de trabajo se verá impedido de metabolizar la otra sustancia y en consecuencia el nivel de toxicidad seguirá produciendo efectos negativos al organismo aunque sintomáticamente no se los perciba.

Un pequeño ejemplo práctico de reducción de riesgos podría ser:

- **Sobre alcohol:** “Emborracharse en poco tiempo y mezclando es lo peor. No lo mezcles con otras sustancias como pastillas, marihuana o cocaína. Si ves turbio es el momento para rescatarte..... “
- **Sobre Cocaína:** “Si te vas a pasar de rayas sabé que aumentando la cantidad no mejora el efecto, no lo mezcles con alcohol o pastillas, no la subestimes, hay riesgo de sobredosis y el corte puede hacer más daño que la merca”

(Textos en Volante comunicacional preventivo y de RRDD distribuido en festivales de música de rock - Año 2006/7).

Diseñar abordajes desde un enfoque de derechos basados en los criterios de la salud, la reducción de daños y las acciones socioeducativas implica dar lugar al usuario de drogas en el diseño y ejecución de dichas intervenciones. Implica considerarlos sujetos de derechos en la construcción de ciudadanía, transmisores de información entre sus pares con el objetivo de lograr una participación activa en el ejercicio de los mismos, sobre todo del derecho a la protección de la salud.

La inclusión en la ejecución de acciones preventivas y de reducción de daños resulta clave para la intervención directa en los contextos de realización concreta de los consumos. Muchísimas veces, “los mayores riesgos no se encuentran en aquella población que de alguna manera, con mayor o menor frecuencia, hace algún tipo de uso de drogas, ya sea esta legal o ilegal. Los mayores riesgos están en la inexperiencia y la enorme desinformación acerca de los riesgos que puede llevar un consumo de sustancias y los daños potenciales que pueden ocasionarse si no se atienden esos riesgos y se desarrollan factores de protección, a través de la información, prevención y criterios de reducción de daños, que impidan o reduzcan los daños ocasionados por mezclas incluso entre sustancias legales, por el desconocimiento del origen de lo que se va a consumir, por modalidades de consumo que resultan de alto riesgo o por el estado de salud propio de la persona, tanto físico como anímico, etc.”(Paveto, 2016).

Trabajar desde la prevención y la reducción de daños no se trata solamente de una simple transmisión de información. Va más allá de las fronteras de una acción de educación para la salud. “Pensamos que las estrategias preventivas pueden ser eficaces en tanto tornen viable alguna dimensión de la pregunta en los sujetos a los que se busca incluir. Es decir que lejos de advertir acerca de los daños que ciertas prácticas como el uso de sus-

tancias, entre otras, pueden traer aparejados, las acciones de prevención tienen que involucrar al sujeto destinatario activamente para que éste opere modificando su realidad en algún punto” (Conocente, 2007).

Para ir finalizando

El recorrido hasta aquí realizado visualiza que es necesario pensar acciones comunitarias teniendo en consideración las características locales de la población y los posibles ámbitos de intervención.

Para ello es necesario preguntarnos: ¿Qué entendemos nosotros por uso de drogas? ¿Qué entiende la comunidad donde vamos a intervenir? ¿Qué entienden los usuarios que participan en las prácticas de consumo de sustancias?

Una perspectiva abstencionista pondrá el foco en la sustancia, en el objeto droga, sustancializando el análisis de los usos de drogas y los consumos problemáticos. Entender estas prácticas como la autoadministración de una sustancia psicoactiva, que al introducirse en el organismo produce alteraciones al Sistema Nervioso Central cuál laboratorio aséptico, es una apreciación restringida sobre el sujeto que la consume y sus condiciones de existencia.

Conocer los aspectos toxicológicos de los consumos a abordar nos ubica en mejores condiciones para apreciar la complejidad en las que intervienen las variables sociales, culturales, económicas, segregativas, sanitarias que atraviesan esta práctica. Brinda herramientas útiles para el abordaje integral de los consumos problemáticos.

La problemática de los consumos como presentación actual del padecimiento psíquico

Introducción

Los desarrollos presentados hasta aquí permiten descentrar la mirada del objeto droga y quitarle el lugar omnipotente de agente causal de las adicciones. El foco pasa a ubicarse en el sujeto y la relación que establece con la sustancia.

De esta manera, se trata de un problema estrictamente subjetivo. El foco se centra en la persona y se entiende en clave subjetiva. Se tiene en cuenta así la singularidad de cada usuario en su relación con la sustancia y/o sus prácticas de consumo. “Se historiza su consumo y se intenta ubicar la función particular que tiene para cada uno” (Bordoni, Cafferata, Casas, Goldestein y López: 24, 2016).

No todo consumo puede ser considerado problemático, puede tratarse de un consumo simple que se sostenga de manera moderada o regulada. Definir si los consumos son problemáticos es desplazar el foco de la sustancia y poner el relieve en el sujeto. Implica considerar una perspectiva relacional que complejiza la mirada y considera varios elementos a la vez. Es fundamental entonces ubicar la singularidad de cada persona y el modo en que se presenta su padecimiento. Es necesario considerar las variables subjetivas a la hora de establecer estrategias terapéuticas y objetivos de tratamiento. “Cuando aplicamos programas estándar de tratamiento olvidamos la existencia de un sujeto y de otro, sustituyendo la serie por un único lugar, el mismo para todos” (Moragues Bolado citado por Ocampo Pulgarin, 2013, p.46).

Consumos y consumos problemáticos: diferenciando concepciones

La significación del consumo de drogas se ha modificado a lo largo de la historia. Diversas sociedades y culturas le otorgaron a esta temática consideraciones disímiles. Según Antonio Escohotado (2009) hasta el siglo XIX, el consumo de drogas tenía como finalidad la realización de rituales religiosos o espirituales, también se utilizaron algunas sustancias con fines terapéuticos para que las personas se repongan de alguna dolencia física o emocional. Pero hacia finales del siglo XIX y comienzos del XX se produjo un cambio en la significación: los usos rituales, lúdicos, recreativos o festivos que le otorgaban a las personas licencias sociales que no condenaban el consumo en determinadas ocasiones, se fueron desdibujando. Obtener placer mediante el consumo era una situación que las sociedades ya no podían permitirse.

Ana Clara Camarotti (2016) explica que durante el siglo pasado, disciplinas como la Medicina y el Derecho concibieron el consumo de drogas como una actividad “anti-social”. Las sociedades debían intervenir en un ámbito que hasta el momento no era considerado un problema.

Graciela Touzéal respecto plantea que se tiende a homogeneizar “el ‘problema de la droga’ como si fuera un mismo fenómeno universal, atemporal o ahistórico”(2006:33). Se realizan valoraciones respecto a la figura del consumidor que estigmatizan a quienes utilizan sustancias sin contemplar las circunstancias.

¿Qué son los consumos problemáticos?

En los últimos cincuenta o sesenta años se visualizaron en Argentina disputas en torno al consumo de drogas. Esos debates inspirados en marcos normativos, prácticas institucionales y estrategias internacionales tuvieron diversas interpretaciones que se utilizaron según las particularidades de cada país.

En torno a la figura de los consumidores de drogas se establecieron diversas estigmatizaciones que los nominaron “enfermos”, “delincuentes” o “sujetos de riesgo” porque representaban una amenaza para la sociedad.

Como se ha mencionado en el Módulo I, estas designaciones respondieron a modelos ideológicos, normativos y políticos. Cada marco conceptual otorga preeminencia a diferentes elementos: la sustancia que se consume; las particularidades físicas o psíquicas del consumidor, el contexto social, económico o cultural. De esas concepciones surgen medidas sociales, promocionales, preventivas, legislativas y sanitarias que regulan qué se puede consumir, cuándo y cómo.

Los consumos son problemáticos entonces cuando afectan negativamente – en forma ocasional o crónica – a una o más áreas de la persona, a saber:

- **Su salud física**
- **Sus relaciones primarias (familia, pareja o amigos)**
- **Sus relaciones secundarias (trabajo o estudio);**
- **Sus relaciones con la ley (El abrojo, 2007:26)**
- **Su proyecto de vida**

Las consultas entorno a la problemática han permitido dar cuenta que no siempre se ajustan rigurosamente a la definición de una adicción y/o toxicomanía.

A nivel clínico, en el marco de una consulta terapéutica, se considera consumos problemático sólo cuando se está ante un sujeto para quien el consumo de vino problema y lo “mueve” a un pedido de ayuda.

A nivel comunitario, en marco de abordajes territoriales, se trata de acciones orientadas a la prevención, entendidas como el “conjunto de esfuerzos que una comunidad pone en marcha para reducir de forma razonable la probabilidad de que en su seno aparezcan problemas relacionados con los consumos de drogas” (Comas Arnau y Arza Porras, 2000).

En el abordaje comunitario se trabaja en conjunto con la población que se toma contacto sobre la visualización y prevención de riesgos asociados a las prácticas de consumo. Habilita así una trasmisión que trascienda a los integrantes de los dispositivos territoriales.

Consumos y hábitos

En nuestra vida cotidiana establecemos relaciones con sustancias legales cuyo uso forma parte de hábitos socialmente aceptados. Un claro ejemplo son los psicofármacos, los analgésicos, los inductores del sueño, laxantes, diuréticos y el alcohol. Son productos de venta libre, publicitados en los medios de comunicación y que pueden perfectamente constituirse en consumos problemáticos.

Para complementar esta visión es recomendable tener en cuenta que no sólo las sustancias pueden generar consumos problemáticos, sino también las prácticas (Plan IACOP, 2014). Por lo tanto, hay que considerar los diversos escenarios posibles:

Escenario 1: Los consumos ocasionales que otorgan alivio a algún malestar, dolor o insomnio donde no se advierte que la administración de esa sustancia puede afectar negativamente algún área vital de la persona.

Escenario 2: Cuando se encuentra en el consumo o en determinada práctica una “ayuda” para tolerar o superar alguna situación. Puede volverse necesario aumentar la dosis o el tiempo destinado a esa práctica y, de esa manera, la salud de la persona se ve más afectada.

Escenario 3: Cuando la sustancia o la actividad afectan negativamente la vida cotidiana e interfieren en la salud física, en las relaciones familiares y sociales o afectan el cumplimiento de las normas.

Conclusión

Este recorrido nos permite la revisión crítica de prejuicios, mitos, creencias y saberes sobre las prácticas de consumo y sobre los diversos modos de vinculación de los individuos con las sustancias.

Se trata de promover la invención de dispositivos, prácticas e intervenciones diversas que alojen a las personas en su singularidad y eviten la segregación de los usuarios con consumos problemáticos.

Podemos ubicar algunos giros conceptuales que permiten abrir el abanico de las posibles intervenciones:

- Giro conceptual en los discursos hegemónicos estigmatizantes: estos dispositivos interpelan la construcción discursiva abstencionista segregativa sobre consumidores y sustancias. Dicha construcción equipara un consumo simple con un consumo problemático y desestima otros caminos alternativos a la abstinencia, como por ejemplo, la posibilidad de un consumo regulado.
- Giro conceptual en las prácticas de los equipos de salud que atienden a pacientes con consumo problemático. En efecto, se considera la inclusión de criterios de reducción de riesgos y daños tales como: promover el pasaje de sustancias más tóxicas a menos tóxicas, cambios de las vías de administración, uso moderado de sustancias a través de la disminución de dosis y frecuencia, reducción del patrón de uso múltiple de sustancias, adopción de medidas de cuidado previas, simultáneas y posteriores al consumo, en lugar de propiciar la abstinencia como única opción.

Para el abordaje de los consumos problemáticos resulta necesario entonces sostener algunos interrogantes al respecto:

- ¿Desde dónde miramos el problema?
- ¿Cómo conceptualizamos el consumo problemático?
- ¿Es suficiente hacer foco en la sustancia y el sujeto? ¿O es preciso considerar otros determinantes?

PARA TENER EN CUENTA:

En nuestro país, el Plan Integral para el Abordaje de Consumos Problemáticos (IACOP) no sólo relaciona el consumo problemático a las sustancias, sino que lo vincula a prácticas que puedan afectar la salud integral del sujeto y sus relaciones sociales.

Según el Plan IACOP, cualquier conducta que no pueda ser controlada, que afecte la salud física, psíquica o las relaciones sociales merece una intervención.

El Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos se creó para:

- **Prevenir** los consumos problemáticos.
- **Asistir** en forma gratuita a las personas que lo padecen.
- **Integrar** socialmente.

Los DIAT tienen como función **prevenir** consumos problemáticos y evitar que la persona que lo padece se sienta estigmatizada. La intervención debe ser ambulatoria, tratando de evitar las internaciones que no sean necesarias. Como vimos en el Módulo I, **la internación debe ser el último recurso** y sólo se debe indicar cuando se hayan intentado diversas estrategias de abordaje.

Estrategias asistenciales desde el paradigma de reducción de daños.

Experiencia DIAT (Dispositivo de Abordaje Territorial) Sedronar Mar del Plata.

■ Introducción

El abordaje interdisciplinario de carácter asistencial en materia de adicciones es un lineamiento propuesto por la Ley de Salud Mental vigente. La política de reducción de daños y sus principios resultan las referencias desde las cuales el equipo del DIAT (Dispositivo Integral de Abordaje Territorial) El Martillo - Mar del Plata elabora sus estrategias asistenciales.

Nos proponemos en el siguiente trabajo realizar una enumeración de dichos principios que no encuentran actualmente una conceptualización sistemática. A su vez, es nuestro objetivo reflexionar sobre el impacto que aquellos tienen en la práctica asistencial y fundamentalmente en relación al proceso psicodiagnóstico desarrollado por nuestro equipo asistencial.

A modo de conclusión, pondremos en consideración una alternativa al concepto de reducción de daños atendiendo a la definición propuesta por Neri Filho como reducción de vulnerabilidad.

■ Estrategias Asistenciales desde el Paradigma de Reducción de Daños

Partimos de pensar el consumo problemático de sustancias desde la perspectiva de derechos, estableciendo como horizonte compartido la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010).

Este contexto normativo nos habilita en la construcción de sentidos desde el paradigma de reducción de daños. Allí se inscriben las estrategias asistenciales llevadas a cabo por el equipo interdisciplinario de la DIAT (Dispositivo Integral de Abordaje Territorial) Barrio El Martillo de la Ciudad de Mar del Plata.

Esta legislación conceptualiza en su Art. 3 a la Salud Mental como un proceso determinado multidimensionalmente, en el que intervienen componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos. Apartándose de esta forma, de la definición tradicional, aquella que define a la Salud Mental en términos de binomios: lo sano - lo enfermo, lo normal - lo anormal, lo racional - lo irracional. Donde el establecimiento / re-establecimiento de lo uno implicaba la eliminación de lo otro. Por el contrario, "esta conceptualización complejiza y amplía el campo de intervención,

extendiendo el espectro de los conocimientos involucrados de una forma tan rica y polisémica, en el que es difícil delimitar fronteras y obliga a pensar en términos de complejidad, simultaneidad, transversalidad de saberes, de construccionismos, de reflexividad” (Amarante, 2007). Entonces, afirmamos que el escenario de la intervención es el de la política pública de la salud entendida como derecho inalienable del usuario en contexto.

Específicamente en lo que respecta al consumo problemático de sustancias psicoactivas.

La ley de salud mental establece:

ARTICULO 4º – Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

De igual modo, el desplazamiento de lo individual a lo colectivo, de lo criminal/punitivo al derecho a la salud/salud Mental, de lo disciplinar a lo interdisciplinar, requiere de profesionales críticos capaces de asumir el dinamismo de las demandas. Consideramos que todo ello constituye el marco de referencia para la comprensión de la problemática. El encuentro con el otro, es un encuentro con usuarios activos, capaces de tomar decisiones, de asumir riesgos, incluso riesgo a equivocarse. El paradigma de Reducción de Daños posibilita el abordaje de la problemática en el territorio del sistema de salud.

Estableciendo principios, siguiendo a Diana Rossi buscan guiar la acción/intervención.

Estos principios tienen que ver en primer lugar con el reconocimiento de la capacidad de las personas que usan drogas para desarrollar formas de cuidado, así como modificar prácticas de riesgo.

Otro principio busca incluir a las personas que usan drogas en el diseño y la implementación de programas junto con los trabajadores de las diferentes disciplinas en una posición más igualitaria, flexible y participativa en la toma de decisiones. También el salir de las instituciones y trabajar en los territorios donde las personas que usan drogas habitan, y relacionarse con sus redes familiares y de consumo. “Estos principios parten fundamentalmente de considerarlos como sujetos de derechos y oponerse a las propuestas que los ubicaban como objeto de intervenciones.”

Las prácticas asistenciales en el DIAT (Dispositivo Integral de Abordaje Territorial) se construyen tomando como referencia los principios de presunción de capacidad de los sujetos, la participación activa en el diseño e

implementación de políticas públicas en salud, de trabajar en el territorio donde viven y sienten los usuarios, en sus contextos, con sus apoyos sociales, las relaciones que establecen con los otros, con el trabajo, los amigos, los padres, los amores, los dolores, en definitiva: su historia. Trabajamos con un sujeto que experimenta su relación con el mundo, que configura y reconfigura su existencia. Y además establece relaciones con la sustancia. Decir además implica poner en el centro de la escena al sujeto de derecho, al sujeto deseante.

El paradigma de reducción de daños orienta la práctica asistencial, el uno a uno, la clínica es una clínica de singularidades, de sujetos que padecen situaciones concretas, de sujetos que injustamente son reducidos a la categoría de drogadictos; mediante la implementación de dispositivos de judicialización de sus acciones, de victimización y re victimización de sus relatos, de patologización y medicalización de sus historias.

Si como señala Eduardo Menéndez “El Asistencialismo sin Justicia es humillación”, las prácticas asistenciales en territorio buscan ser prácticas de emancipación y acceso a derechos, en contextos de justicia. “la asistencia en los procesos de intervención profesional [...] contiene la atención de demandas donde se expresan necesidades sociales con características propias de la heterogeneidad ontológica de la vida cotidiana [...]” (Heller, 1977:19)

La complejidad en las demandas, requiere del diseño de estrategias ajustadas a las necesidades sentidas por los usuarios: “ conseguir un trabajo”, “ver a mis hijos”, “ no tengo a donde ir” “tener un lugar donde guardarme por un tiempo”, “alejarme de la mala junta”, “los pibes de la esquina”, “mataron a mi amigo”, “esta es la última oportunidad que me da mi familia”, “lo hago por la vieja”, “el cuerpo me lo pide”, “no puedo dejar”.

Relatos de sujetos hablantes que delimitan el territorio de actuación profesional: “Así el territorio deja de ser una zona, espacio o área definidos desde lo geográfico, sino que, puede convertirse en parte de un dispositivo de intervención social que implica nuevas alternativas a la resolución del malestar y el padecimiento que se generan a partir de la fractura del lazo social, la exclusión, la pérdida de identidad y pertenencia colectivas” (Carballeda, 2015).

La palabra es el territorio compartido de la intervención, la palabra permite el enlace interdisciplinar, el intento por superar la mirada fragmentada, esa que busca categorizar, otorgar un lugar a la demanda únicamente mediante un diagnóstico que poco dice de la existencia concreta de los usuarios. El trabajo en equipo interdisciplinario constituye una apuesta necesaria para el abordaje

de la complejidad y dinamismo social “la interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente” (Stolkiner, A. 1987, Pág. 313).

El usuario ingresa al proceso de primera escucha con una urgencia subjetiva, y la complejidad de su demanda requiere de nuevas maneras clínicas/sociales de encontrarse/intervenir con el otro que padece. Para ello creemos que se torna necesario el despliegue de nuevas temporalidades y espacialidades que no responden tanto al encuadre en sentido tradicional. Se habilita la entrada/salida de los espacios de trabajo, la redefinición en conjunto de la demanda, pero sobre todo se desacraliza el lugar de su puesto saber consagrado al profesional.

Pues lo que se pondera no es palabra autorizada del “experto”, sino el “sujeto de la experiencia” (Basaglia), el sujeto que padece y que elabora estrategias de comprensión de ese padecimiento, el sujeto que deconstruye su propio laberinto.

En este sentido, consideramos que las políticas de reducción de daños deberían ser políticas de “reducción de vulnerabilidad” (Antonio Nery Filho), porque lo que esta juego en el territorio cotidiano de los usuarios concretos, es la dimensión política de la intervención, como señala Filho “la Reducción de Daños propone una significación de lo que la droga causa. La reducción de vulnerabilidad propone un sujeto, porque somos vulnerados adjetivamente y vulnerables sustantivamente.”

Para concluir, la redefinición que establece el autor contribuye a la reflexión de nuestra experiencia laboral cotidiana. Nos invita a pensar en los usuarios (y posibles usuarios: todos) como sujetos vulnerables y potencialmente vulnerados, otorgando un escenario de comprensión que des-clasifica, des-etiqueta los lugares históricamente adjudicados y asumidos para los sujetos que consumen sustancias de manera problemática, para los sujetos que tienen necesidades habitacionales, laborales, vinculares, económicas, educacionales, entre otras.

Nos permite afirmar que nuestro trabajo se entrelaza con sujetos políticos que padecen, pero que padecen en contextos, en estructuras, que limitan, bordean y configuran la condición de posibilidades para ese padecimiento, y por lo tanto requieren de estrategias asistenciales con herramientas no sólo clínicas, sino principalmente políticas. Usuarios que puedan acceder y tener oportunidades laborales, educacionales, culturales, familiares, que puedan ser escuchados como sujetos deseantes y sujetos de derechos.

Bibliografía

Introducción

Alcuaz, C. y Rodríguez Evans, A. (2014). Modos de presentación de la urgencia en tiempos de la toxicomanía generalizada. ¿Cómo intervenir en las urgencias? Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos. Buenos Aires: Ed. Laura Bonaparte.

Doallo A., Iribarren M. y Prestía M. (2014) Manejo de la Urgencia en sujetos bajo transferencia dentro de un dispositivo ambulatorio intensivo. ¿Cómo intervenir en las urgencias? Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos. Buenos Aires: Ed. Laura Bonaparte.

Kameniecki M., Kobilaner D., Laner L., Pérez Barboza H. y Zubuczynski G. (2009). Consumos Problemáticos. Encuentros con presentaciones de casos clínicos: un trabajo en curso. Buenos Aires: Letra Viva.

Modelos de abordaje y comprensión del Padecimiento de Salud Mental

Allen F. (2014). Convertimos problemas cotidianos en trastornos mentales. Nota periodística, Página 12, fecha 28 de Septiembre de 2014. Recuperado en: https://elpais.com/sociedad/2014/09/26/actualidad/1411730295_336861.html

Basaglia, F. (1972). La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico. Buenos Aires: Barral.

Camarotti, A. C. y Touris, C. (2010). “Consumo/uso de pasta base en mujeres de zonas marginalizadas del sur de la Ciudad de Buenos Aires”, en Artemisa. Disponible en:

<http://www.artemisanoticias.com.ar/images/FotosNotas/Mujeres%20PACO%20%20Camarotti%20Touris.pdf>

Camarotti, A. y Kronblit, A. (2015). Abordaje Integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. Salud Colectiva, 11 (2): 211-221, abril - junio. Buenos Aires. ISSN 1669-2381, EISSN 1851-8256.

Castel, R. y Coppel, A. (1994). Los controles de la toxicomanía. En A. Ehrenberg (comp.) Individuos bajo influencia. Drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos. Buenos Aires: Nueva Visión.

Elizalde, S.; Guerrero, V.; Ianantuony, C.; Laterrade, N.; Rizzo, F. y Simón, J. (2017). Estrategias asistenciales desde el paradigma de Reducción de Riesgos y Daños, experiencia DIAT (Dispositivo de Abordaje Territorial), SEDRONAR, Mar del Plata. 1º Congreso de Salud Mental y Adicciones. 11, 12 y 13 de Mayo 2017.

Faraone, S. (2013). Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. SALUD MENTAL Y COMUNIDAD. Año 3, N° 3 - Diciembre de 2013 - ISSN 2250-5768. Buenos Aires: Ediciones UnLa

François, H. (1999). Sufrimiento psíquico y toxicomanías. En: Adicciones, 11 (1), 53-63. Recuperado de:
<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/595/580>

Kronenberg F., Simó Algado S. y Pollard, N. (2006) Terapia Ocupacional sin fronteras. Aprendiendo del espíritu de los supervivientes. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Manifiesto de profesionales de la Salud Mental (2011). Psicología. Contra la medicalización de los chicos. Recuperado de:
<https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-170625-2011-06-23.html>

Romaní, O. (1999). Las drogas. Sueños y razones. Barcelona: Ariel.

Touzé, G. (2006). Parte I. Discursos, políticas y prácticas. En G. Touzé (Organizador). Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.

Touzé, G. (2010). Prevención del consumo problemático de drogas. Un enfoque educativo. Buenos Aires: Ministerio de Educación - Troquel.

Diferentes modalidades de los consumos y problemáticas asociadas.

Kameniecki M. y Pérez R. (2008). Conceptos básicos sobre drogodependencias. Introducción a la prevención. Unidad I. Curso "Intervención en drogodependencias en el ámbito sanitario". Programa URB-AL Proyecto común tipo B B1 P1 O2, Incorporación de buenas prácticas en las políticas locales de drogodependencias. Consejo de la Comarca de Alto Ampurdán, Cataluña, España.

Hurtado Gustavo (2009). El fracaso de la penalización de "la tenencia de estupefacientes para consumo personal". **Adicciones. Una clínica de la cultura y su malestar.** Buenos Aires: JVE Ediciones.

Psicofarmacología: revisión sobre sus usos y aplicaciones

Arnedo M., Calbiño C., Cernadas S., Damin C., Domínguez Lostaló J., Morasso C., Paveto R., TodaroKicyla A. y Zbuczynski G. (2010). Guía de orientación a la magistratura para la adecuada atención de personas consumidoras de sustancias psicoactivas. 1a ed. Buenos Aires: Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos

Aires. ISBN 978-987-98154-9-6.

Furman M., Luka A., Scheinkestel A., Skiadaressis R. y Yellati N. (2017). Psicoanálisis y Psicofarmacología. Buenos Aires: JVE Ediciones.

Galende, E. (2013). Editorial. SALUD MENTAL Y COMUNIDAD. Año 3, N° 3 - Diciembre de 2013 - ISSN 2250-5768. Buenos Aires: Ediciones UnLa

Goldestein, B., Bordoni, M. F. (2015). Conferencia: El sujeto y el consumo. Adicciones y Terapia Ocupacional. Revista Argentina de Terapia Ocupacional, 1 (1) 39-46. Recuperado de
<http://www.revista.terapia-ocupacional.org.ar/descargas/conferencia.pdf>

Gutiérrez Segú, Oscar. (2010). Las Adicciones. Una propuesta de Abordaje Clínico. Buenos Aires: Editorial Letra Viva.

Julien, R. M. (1995). A primer of drugaction. New york: W.H. Freeman and Company.

Aspectos toxicológicos en el uso de drogas y los consumos problemáticos.

Conocente, M. (2007) Reducir Daños desde lo público, en el libro "Las adicciones: Desde el fantasma del flagelo a la dimensión de la pregunta. Perspectivas y abordajes en instituciones públicas argentinas. ISBN 978-950-649-172-7; Buenos Aires: Letra Viva

Paveto, R. (2016) Hay que reducir los daños derivados del consumo de drogas, publicado en Revista Comunidad y Desarrollo ISSN N° 1668 - 3579, visto el 14/07/17,
<http://es.calameo.com/read/00485421676daae95142c>

La problemática de los consumos como presentación actual del padecimiento psíquico

Bordoni, M. F.; Cafferata, A.; Casas, M. B.; Goldestein, B. y López, M. (2016). Maternidad y adicciones. La supervisión como instancia de formación profesional. Buenos Aires: Revista Argentina de Terapia Ocupacional 2 (1), 21-26.

Camarotti, A.C. (24 de abril de 2016) "Los significados juveniles sobre el consumo de éxtasis". Página 12. Disponible en
<https://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-297724-2016-04-24.html>

Comas Arnau Domingo y Arza Porras (2000). Niveles, ámbitos y modalidades para la prevención del uso problemático de drogas. En "Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias". Grupo IGI. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona & Fundación de Ayuda a la Drogadicción.

Doallo Alejandro (2014). Y además de la droga, ¿qué? Algunas reflexiones en torno a un tratamiento en dispositivo Hospital de Día. Dispositivos de intervención clínica. Buenos Aires: Ed. Laura Bonaparte.

El Abrojo, Instituto de Educación Popular (2007). El equilibrista. Tomo I. Montevideo: Frontera.

Escohotado, A (2009), Historia elemental de las drogas. Barcelona: Anagrama

Freda, H. (2016). Soy Toxicómano. Buenos Aires: Universidad de San Martín Edita.

Ocampo Pulgarin, A. M. (2013). Estado del arte de investigaciones realizadas sobre consumo de drogas y otras adicciones desde una perspectiva psicodinámica. (Trabajo de grado, Universidad de San Buenaventura Seccional Medellín) Recuperado de:

<http://hdl.handle.net/10819/2259>

Puyol, A. (2014) ¿Quién es el guardián de nuestra propia salud? Responsabilidad individual y social por la salud. Revista Española de Salud Pública. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v88n5/03_colaboracion-especial2.pdf

Quevedo Silvia (2014). Dispositivos de umbral mínimo de exigencia: un giro conceptual. Dispositivos de intervención clínica. Buenos Aires: Ed. Laura Bonaparte.

Touzé G. (2006) "Discursos, políticas y prácticas" en Touzé Graciela (organizadora) Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Federación internacional de Universidades Católicas.

Touzé, G. (2010) Prevención del consumo problemático de drogas. Buenos Aires: Troquel. Disponible en

http://elvs.tuc.infed.edu.ar/sitio/upload/Graciela_Touze_-_Prevencion_del_Consumo.pdf

Estrategias asistenciales desde el paradigma de reducción de daños. Experiencia DIAT (Dispositivo Integral de Abordaje Territorial) Sedronar Mar del Plata.

Amarante, Paulo (2006). Locos por la Vida. La trayectoria de la Reforma Psiquiátrica en Brasil. Ciudad autónoma de Buenos Aires: Ed. Madres de Plaza de Mayo.

Amarante, Paulo (2007). Superar el Manicomio. Salud mental y Atención Psicosocial.

Buenos Aires: Ed. Topía Basaglia, Franco (2008). La Condena de ser Loco y Pobre. Alternativas al manicomio". Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ed. Topía.

Carballeda, Alfredo (2015). El Territorio como relato. Margen. Revista de Trabajo Social N° 72. Buenos Aires.

Foucault, M. (2009). Historia de la locura en la época clásica. México: Fondo de Cultura Económica.

Galende, Emiliano (2008). Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Goltzman, Paula Marcela (2016). Memorias del Encuentro Intervenciones desde la Reducción de Daños: perspectivas y desafíos actuales. Intervención Social, Abuso de Drogas. ISBN 978-987- 28608-4- 4. Buenos Aires.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010)

Menéndez, Eduardo (1978). El Modelo Médico y la salud de los trabajadores". Buenos Aires: Ed. Nueva Imagen

Stolkiner Alicia (2005). Interdisciplina y Salud Mental. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental y I Jornadas Provinciales de Psicología Salud Mental y Mundialización. Posadas · Misiones · Argentina

CRÉDITOS

SEMINARIO DE FORMACIÓN SOBRE
ESTRATEGIAS DE ABORDAJE TERRITORIAL

MODULO 2 /

PROBLEMATICAS DE SALUD MENTAL

Dirección General:

Florencia Tufro

Asistencia Técnica y Dirección Contenidos:

María Flavia Bordoni, Bárbara Goldstein, Ricardo Paveto, Paula Valeria Fernández, Romina Ramirez

Diseño Editorial:

María José Vilar

Edición y corrección de contenidos:

María Flavia Bordoni, Bárbara Goldstein

Equipo Docente Espacios Virtuales:

Abad Micaela, Aranda Guadalupe, Brat Damián, Brugo María Pía, Cergneux Rodolfo, Cohen Arazi Florencia, Gonzalez Natalia, Gulisiano Carolina, Martin Malena, Pighin Romina, Rezzonico Guadalupe, Ríos María Victoria, Serrano Macarena, Vallarino Magdalena, Varela Guadalupe, Yanina Millansky.

MÓDULO 3 / DISEÑO DE LA ESTRATEGIA DE ABORDAJE

PARA EQUIPOS
INTERDISCIPLINARIOS DE
TODO EL PAIS

SEMINARIO DE FORMACIÓN
SOBRE ESTRATEGIAS
DE ABORDAJE TERRITORIAL



Índice

5	Coordenadas de la intervención <i>Lic. Érica Tejera y Lic. María Flavia Bordoni</i>
8	Lectura de riesgos <i>Por la Coordinación de Asistencia Técnica, la Coordinación de Tratamiento Comunitario y María Flavia Bordoni</i>
29	Reflexiones sobre la aplicación de los criterios y estrategias de Reducción de Daños en el uso de sustancias psicoactivas y los consumos problemáticos <i>por Lic. Ricardo Paveto</i>
30	Tratamiento Comunitario <i>Por la Coordinación de Tratamiento Comunitario</i>
42	Bibliografía

Coordenadas para el diseño de la estrategia de intervención

Al encontrarse frente a un sujeto que demanda una acción¹ es importante plantearse ciertos ejes de análisis para poder determinar un diagnóstico situacional. Estos ejes son los que permiten despejar la situación y orientar no sólo la construcción diagnóstica, sino también las primeras estrategias de intervención.

A continuación, y a fines netamente pedagógicos, se dividirán los ejes de forma instrumental. Sin embargo es importante comprender que los mismos se dan en conjunto, atendiendo a la integralidad de los sujetos.

Aspectos observables

Tal como la palabra lo explicita, refiere a aspectos fenomenológicos de la conducta del sujeto, es decir aquello que concretamente “se ve”/observa de la persona.

Estos aspectos pueden ser observados en el discurso del sujeto: coherente/incoherente; ordenado/desorganizado; con una idea directriz orientada; presentación de neologismos; orientación temporo-espacial; discurso disgregado; dichos confusos y fuera del contexto de conversación; fuga de ideas; ideaciones suicidas manifestadas; certeza delirante y autoreferencia.

También pueden observarse a nivel de la conducta motriz del sujeto: excitabilidad; abulia; excitación motriz; catatonía; entre otras. Por último pueden ser observados en su conducta global a nivel de su aspecto personal (higiene; vestimenta adecuada o no a la época del año; ropa limpia o sucia; entre otros).

Aspectos Históricos

Refieren a aquello que se puede llegar a recabar de la historia de vida del sujeto. Esto permite evaluar que situaciones ha atravesado y orientan a realizar un diagnóstico situacional. Con lo mismo se refiere, por ejemplo, a preguntar sobre la existencia de internaciones de salud mental.

Ningún sujeto debe ser considerado una “tabla rasa” en las intervenciones, por contrario, tal como se vio en el capítulo de diagnóstico situacional, las personas son seres históricos inmiscuidos en un medio social y cultural que determina sus conductas y costumbres. Estos aspectos son muy im-

¹ Ya sea por encontrarse ante una situación de riesgo (cualquiera de los riesgos plausibles de existencia), o por manifestar estar atravesando una situación compleja, o por ser acompañado por un tercero que solicita ayuda, entre otras tantas situaciones.

portantes a tener en cuenta y escuchar ya que se puede llegar rápidamente a preconceptos erróneos e intervenciones sin direccionalidad objetiva.

Aspectos contextuales y sociales

En estos aspectos se incluye indagar sobre las redes subjetivas de apoyo del sujeto como también sobre el contexto social/barrial/comunitario escenario de su vida cotidiana (es decir espacios por los que transita, significativos en su vida, personas de la comunidad con las que toma contacto, etc.).

Esto permite ubicar a la persona en su contexto, comprender las posibles dificultades que encuentra en su vida cotidiana, obstáculos, como también aquellos aspectos que le facilitan dicho tránsito, fortalezas.

Este punto es muy importante: conocer en la mayor profundidad posible las redes comunitarias y de apoyo del sujeto permitirá el diseño de estrategias singulares lo más cercanas a la realidad de la persona, que conlleva a intervenciones sustentables en el tiempo.

No siempre es posible indagar todos estos aspectos, el criterio de urgencia de una situación limita el tiempo disponible para sostener el contacto. Igualmente es importante tenerlos presentes para recabar la mayor información posible en el tiempo disponible, desde ya, respetando siempre el espacio y la intimidad del sujeto.

Con lo mismo se intenta dejar sentado que un cuestionario dirigido o una “catarata” de preguntas pueden conllevar que el sujeto no se sienta alojado o se confunda aún más. Es decir: lo posible en el tiempo y espacio disponible que el sujeto brinda a la intervención.

Estos aspectos en conjunto, y a partir del análisis interdisciplinario, permiten la Construcción de indicadores. Estos indicadores son la puntuación de los aspectos más relevantes recabados de la situación de un sujeto que a partir de su análisis y entrecruzamiento habilitan un diagnóstico situacional y guían las intervenciones subsiguientes.

Para ser más claros al respecto partamos de la situación de un sujeto con un discurso delirante, que se presenta solo, no manifiesta ni se registra red subjetiva de apoyo, según manifiesta y se observa vive en situación de calle, no relata tomar medicación pero por su discurso se presume que estuvo internado en alguna institución por tratamiento de salud mental. Todo lo expuesto constituyen indicadores de la situación, las intervenciones deberán tener en cuenta los mismos, es decir: resultaría complejo pensar el acompañamiento de un tratamiento ambulatorio con continuidad de cui-

dados de la toma de medicación si el sujeto no cuenta una red de apoyo, ni un espacio propio donde habitar.

Este proceso de análisis es nodal y crítico a la hora de establecer las estrategias de una intervención. Es por esto que es importante el trabajo en equipo, el aceptar “el ojo” y la escucha para evaluar los puntos conversados. En otras palabras de este proceso se desprenden las coordenadas de la situación.

No se trata de orientar un camino hacia el “bien saber profesional”, sino hacia el “bien decir” del sujeto sobre su sufrimiento (Sotelo, 2007). Es este objetivo el que permite dilucidar las coordenadas que el sujeto plantea en su discurso.

Luego de establecer un Diagnóstico situacional integral comienza la etapa de diseño de estrategia para abordar la situación. Aquí resulta importante diferenciar un par de cuestiones. No en todo contacto con una persona uno está frente a un consultante. Es decir, no todo sujeto está “abierto” a una intervención, y también no toda consulta es pertinente a los alcances del equipo interdisciplinario. En estos casos la estrategia resultará en una orientación o mera escucha/observación, según el grado de acercamiento que se logre.

El sujeto es consultante cuando busca una respuesta a la cuál como equipo interdisciplinario se puede orientar e intervenir de manera directa. Es aquí cuando se diseñará una estrategia de intervención.

Toda intervención debe estar acompañada de una consiguiente lectura de efectos que oriente los siguientes pasos a ejecutar, es decir, un rediseño de la estrategia.

Lectura de riesgos

El presente texto es desarrollado por la Dirección Nacional de Abordaje Estratégico dada la necesidad de diálogo entre el territorio y quienes acompañan el trabajo en el mismo para pensar y repensar ciertas concepciones en clave territorial desde el marco de una política pública.

Se propone desarrollar las implicancias del marco legal vigente¹ como principio transversal en nuestra práctica. Es decir, analizar como estas implicancias atraviesan el desarrollo del trabajo territorial en contextos de vulnerabilidad. Comprende pensar en clave de integralidad, redes, corresponsabilidad y articulación.

En el presente escrito se pretende abordar el territorio desde una perspectiva de Derechos Humanos, en marcada en una política pública de Reducción de Riesgos y Daños en lo que refiere específicamente al abordaje de los consumos problemáticos y el uso de sustancias.

Trabajar en bajo el precedente lineamiento implica comprender la trama compleja de los territorios, y atender a todas las variables que la conforman - subjetivas, relacionales, culturales, históricas, sociales, jurídicas y biológicas -. Diseñar el abordaje en este sentido requiere el desarrollo de estrategias territoriales que atiendan a la singularidad no solo de los sujetos sino también de la comunidad.

Para esto es necesario se limite un tiempo y espacio disponible a la intervención, el registro de lo trabajado y la siguiente evaluación de las estrategias que permite constantemente adecuar el trabajo a las necesidades y características del territorio.

Acerca del documento

El objetivo del presente documento es brindar herramientas para identificar los riesgos asociados a diferentes problemáticas con las que los equipos territoriales pueden encontrarse en su cotidiano.

“En el territorio las personas con las que se toma contacto pueden realizar consultas que atañen a preocupaciones por situaciones específicas, como también representar a organizaciones o comunidades con problemáticas que trascienden una sola área de trabajo. En otras ocasiones es necesario generar las condiciones de posibilidad y accesibilidad a la consulta para

¹ Por Marco Nacional vigente a los fines del presente documento se toma: Ley Nacional de Salud Mental, Ley de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes, Ley Nacional Plan IACOP de abordaje integral de los consumos problemáticos, Ley Nacional de los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud.

personas, y su red subjetiva de apoyo, si se detectan signos de alarma que puedan suponer situaciones de riesgo.” (Dirección Nacional de Abordaje Estratégico, SEDRONAR, 2017).

Específicamente en las consultas de personas con consumo problemático el objetivo es descentrar la mirada del objeto droga para quitarle el lugar omnipotente de agente causal de las adicciones. De este modo el foco pasa a ubicarse en el sujeto y la relación que establece con la sustancia. Permite esto tener en cuenta la singularidad de cada usuario en su relación con la sustancia y/o sus prácticas de consumo.

De este modo no todo consumo puede ser considerado problemático, puede tratarse de un consumo simple que se sostenga de manera moderada o regulada.

Centrar la mirada en el sujeto implica evaluar los diversos riesgos a los que se encuentra expuesto, es decir: asociados a las prácticas de consumos de sustancias, situaciones de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes; violencia de género y violencia institucional, entre otros. El análisis de que un sujeto se encuentra expuesto a una situación de riesgo implica analizar el nivel de urgencia que amerita el accionar como equipo. Un riesgo cierto e inminente de salud mental, riesgos que afecten a la integralidad de niños, niñas y adolescentes; riesgos toxicológico asociados al consumo excesivo o indebido de sustancias se convierten en situaciones con carácter de urgencia.

Ante una lectura de riesgo es necesario dar lugar al accionar del organismo/efector local que tiene responsabilidad sobre el tema (Equipo Salud Mental Hospital, Servicio Local de Niños, Niñas y Adolescentes; equipo toxicología del Hospital; etc.). Estos organismos son los competentes para dar respuestas a fin de realizar la articulación y el acompañamiento necesario. En estos casos los organismos podrán considerar medidas de resguardo, sugerencias concretas, otras articulaciones locales a fin de proteger con la mayor brevedad posible los derechos del sujeto. Aquellas situaciones que no tienen carácter de urgencia, pero en las que existen derechos vulnerados, es necesario posibilitar estrategias de implicación y acompañamiento, promoviendo las articulaciones necesarias con los recursos locales de la red territorial. No existe una única forma de abordar y acompañar estas situaciones ya que cada persona es única, como también lo son sus vínculos, su historia, su contexto familiar y social. Tipificar la actuación sería negar la singularidad de cada sujeto y del equipo que interviene. Los equipos de los dispositivos están conformados por diversos actores (docentes, referentes, talleristas, equipo técnico) que en su conjunto son el equipo interdisciplinario. Todos están en contacto con sujetos en el territorio, y por tanto pueden - y deben - realizar una escucha atenta e iniciar un proceso de alojamiento

de un sujeto y su malestar . En este escenario, es imprescindible tener en cuenta el objetivo de comunicar la información al resto del equipo: delimitar qué información, con quién y para qué se comparte. Así como también cuidar el modo en qué se hace. Tener en cuenta que hay información que otros miembros del equipo no pueden desconocer, enmarcados en la confidencialidad del trabajo interdisciplinario.

IMPORTANTE: En todas las situaciones será fundamental ubicar cuál es la situación que requiere intervención con carácter de urgencia, pudiendo dar cuenta de la misma al resto del equipo de manera de trabajarlo conjuntamente.

Los riesgos que se tomaran para el presente documento son los siguientes:

1. Riesgos asociados a las prácticas de consumos de sustancias (demandas relacionadas a las mismas)

- a. Personas en estado de intoxicación evidente y aguda
- b. Pedido de Internación Voluntaria por motivo de Consumo
- c. Referentes socio-afectivos que se acercan a hacer consultas, obtener información o solicitar un tratamiento
- d. Institución u organizaciones del ámbito local que se acercan a hacer una consulta, obtener información o solicitar un tratamiento

2. Situaciones de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes.

3. Violencia de Género.

4. Violencia Comunitaria/institucional

5. Problemáticas de salud mental sin tratamiento

2 Realizar una escucha atenta y alojar a un sujeto es importante para cualquier proceso de restitución o urgencia. En este proceso es necesario manejar una serie de consideraciones, evitar los prejuicios y contar con información ordenada y precisa. Para sostener una escucha atenta es necesario generar las condiciones para que el entrevistado se sienta cómodo, seguro y en un ámbito de confianza y contar con articulaciones preexistentes con espacios recreativos, sanitarios, comunitarios o institucionales, para poder ofrecer alternativas eficaces al entrevistado. Escuchar no significa obtener información básica sobre la situación para elaborar una clasificación o juicio. Evitar el conflicto o la discusión directa, fomentar la autovaloración, ver sus recursos y capacidades personales y no solo la vulneración.

■ Sobre la intersectorialidad y la corresponsabilidad.

A diferencia del antiguo concepto de derivación, que implicaba el desplazamiento del sujeto de uno a otro efector de salud, la corresponsabilidad incluye a todos los actores con representatividad en la comunidad. Se trata de poner el acento en construir con dichos actores las estrategias de intervención. Pensarlas y acompañarlas entre todos.

En ese marco, pensar situaciones complejas requiere que los agentes y los dispositivos de intervención procuren tener respuestas integrales, que se orienten y actúen según criterios de: inter-disciplina, inter-sectorialidad, estrategias singulares de intervención y la pluralidad de actores.

Intersectorialidad y corresponsabilidad implica pensar que el dispositivo que aborda el padecimiento ya no se trata de un espacio físico edilicio. Un dispositivo singular implica a todos los actores que el sujeto tiene como referencia. Es decir a los referentes afectivos de su barrio y comunidad, y a los espacios y actores de los lugares donde: come, realiza un taller artístico, se atiende -posta sanitaria-, cursa sus estudios, trabaja, etc.

1. RIESGOS ASOCIADOS A LAS PRÁCTICAS DE CONSUMOS DE SUSTANCIAS

A. PERSONAS EN ESTADO DE INTOXICACIÓN EVIDENTE Y AGUDA

Posibles indicadores, presentaciones u observables

- Dificultades para comprender el discurso (confuso o carente de lógica).
- Dificultades para que el sujeto se ubique bajo las coordenadas de tiempo y espacio (recordar de dónde viene, dónde vive, qué hizo en las últimas horas).
- Inconciencia, convulsiones.
- Estado de excitación psicomotora o episodio de impulsividad difícil de organizar.

¿Qué Hacer?

- Dar intervención a servicio de Emergencias Local (ambulancia) en caso la situación sea grave. Articulación inmediata con el área de Salud existente dentro de la Red Local. Tener claridad en el modo de articulación con el servicio de urgencias local.

- En cualquier circunstancia inducir a que tome agua. La hidratación ayuda a la desintoxicación.
- No establecer contactos corporales como abrazos o palmadas, en especial si se halla en estado de excitación psicomotriz.
- En caso de una intoxicación aguda que haya provocado inconciencia, convulsiones, estado de excitación psicomotora grave o episodio de impulsividad, llamar a la emergencia sanitaria de la zona. Mientras tanto, en el caso de inconciencia se recomienda colocar a la persona de costado, con algún objeto que ayude a mantener la postura a fin de evitar ahogos por posibles vómitos.
- Planificar el proceso de acompañamiento por parte del equipo del dispositivo durante el proceso de acercamiento al efector.
- Contactar o rastrear referentes afectivos del sujeto. De ser posible promover su presencia durante el proceso
- Difícilmente sea adecuado responder a las demandas de quien se halla bajo signos evidentes de consumo, por lo tanto, la intervención posible será acompañar el tránsito del episodio.
- Es posible que los acuerdos establecidos con quien se halla bajo signos evidentes de consumo no puedan ser sostenidos.
- Una vez que transcurrió la emergencia, registrar los datos del sujeto (utilizar las herramientas de cada dispositivo) para iniciar un seguimiento.
- Informar a Equipo Central SEDRONAR.
- Acompañar el proceso de desintoxicación articulando con el equipo técnico tratante.
- Después de este momento de desintoxicación se podrán realizar otras intervenciones, por lo cual las estrategias futuras deberán ser pensadas para un segundo momento.

1. RIESGOS ASOCIADOS A LAS PRÁCTICAS DE CONSUMOS DE SUSTANCIAS

B. PEDIDO DE INTERNACIÓN VOLUNTARIA POR MOTIVO DE CONSUMO

Ante una situación de alguien que pide internarse como única alternativa, se deberá establecer un contacto que permita perdurar en el tiempo y despejar qué se solicita en dicho pedido. Generalmente el pedido de ayuda se vincula a las respuestas históricamente conocidas y es necesario informar sobre las modalidades de abordaje y acompañamiento posibles. Es importante, además, escuchar el pedido y los motivos que el sujeto explicita sobre la misma. El objetivo es acordar la estrategia que se llevará adelante junto a la persona y su red.

Posibles indicadores, presentaciones u observables

- El pedido explícito de internación por parte del sujeto.

¿Qué Hacer?

- Ponerse en contacto con alguien del equipo. Compartirles la información de lo ocurrido. Lo ideal es realizar la entrevista en conjunto a otro compañero del equipo técnico.
- No responder a la demanda de forma inmediata. Es conveniente generar un espacio de conversación. Aquello que se plantea como urgente la mayor parte de las veces no lo es y la decisión de llevar adelante un espacio de acompañamiento debe sostenerse en el tiempo.
- Poner en discusión la internación como única intervención posible o inmediata, realizando preguntas que permitan despejar el motivo real del pedido: ¿alguna vez estuviste internado? ¿conocés a alguien que haya estado internado? ¿sabes qué es una comunidad terapéutica?, ¿por qué te querés internar? Además, detectar otras motivaciones de la demanda como problemas familiares, situaciones de vulnerabilidad de derechos, dificultades socio-comunitarias, etc. que permitan pensar la construcción de estrategias y evitar una posible internación innecesaria.
- Reconstruir la historia vinculada al consumo para ubicar la singularidad de la demanda. Algunas preguntas orientadoras: ¿hace cuánto que consumís?, ¿qué consumís?, ¿con qué frecuencia?, ¿hubo períodos en los que dejaste de consumir?
- Identificar cuáles son las relaciones, los vínculos que le dan más seguridad a la persona que consulta, saber con quién cuenta en su red. Si se acerca solo/a a realizar la petición. Rastrear referentes significativos que

permita indagar qué vínculos mantiene y pensar en incluirlos en futuras intervenciones.

- Crear condiciones de posibilidad para comenzar un proceso en el cual el otro se involucre activamente. Una posibilidad es acordar un nuevo encuentro al día siguiente, pautando un horario determinado.
- Pensar estrategias que alivien situaciones cotidianas de tensión.
- Brindarle información sobre otros espacios asistenciales que funcionan en el barrio o la zona, con los cuales se articula habitualmente. Un ejemplo puede ser la asistencia psicológica en el CPA, una entrevista con el trabajador social del Centro de Salud, etc. Se le puede escribir o dejar un folleto que consigne esa información.
- Registrar los datos del sujeto (utilizar las herramientas de cada dispositivo) para iniciar un seguimiento.

1. RIESGOS ASOCIADOS A LAS PRÁCTICAS DE CONSUMOS DE SUSTANCIAS

C. REFERENTES SOCIO-AFECTIVOS QUE SE ACERCAN A HACER CONSULTAS, OBTENER INFORMACIÓN O SOLICITAR UN TRATAMIENTO

Ante la situación de alguien que realiza una consulta por la problemática de otro, conviene establecer un contacto que permita mantenerse en el tiempo.

En principio es importante entender que la persona que consulta es nuestro primer destinatario. Es esta persona quien percibe un problema y por ello, significativo escuchar la demanda y los motivos que el sujeto explicita sobre la misma. El objetivo será ofrecerle contención e información en relación a la demanda, registrar sus datos y acordar nuevos encuentros. También es importante en un segundo momento y de acuerdo a cómo se da el acompañamiento, poder conocer y escuchar a la persona por quien se consulta.

Posibles indicadores, presentaciones u observables

- Un sujeto que dice ser referente afectivo de una persona por la cual está preocupada por su situación y por ello consulta.

¿Qué Hacer?:

- Es conveniente generar un espacio de conversación. Aquello que se plantea como urgente la mayor parte de las veces no lo es, la decisión de llevar adelante un espacio de acompañamiento debe sostenerse en el tiempo. La urgencia observada por quién consulta muchas veces no

requiere una respuesta inmediata. Acercar tranquilidad.

- Indagar a qué remite el pedido y si la situación se configura como consumo problemático o no. Para ello es fundamental la escucha y precisar el caso a partir de preguntas en torno al comportamiento del individuo en cuestión, la regularidad de su consumo, la historia del mismo, los tratamientos que ha realizado, las cosas que ha dejado de hacer (escolaridad, trabajo, amigos, etc.).
- En caso el consultante plantee la urgencia de internación, es en principio importante indagar el porqué de dicho pedido. Además es importante informar al referente sobre lo que representa una internación, la ley de salud mental y trabajar con él otras modalidades de intervención. Esta estrategia puede orientarse por ejemplo a generar un espacio vinculado a los intereses del individuo implicado en la consulta.
- Consultar también qué áreas de la vida del joven se encuentran obstaculizadas por el consumo, situación de contexto en el que se desarrolla, acceso a derechos, etc.
- Es importante rastrear qué otros motivos pueden llevar a la persona a consultar en este momento. ¿Qué otras cosas la afectan a él o a ella?, ¿Qué otras cosas están pasando además del consumo que puedan motivar la consulta?
- Durante la conversación, intentar que la persona no se sienta culpable o juzgada por la situación del tercero.
- Rastrear referentes significativos para el sujeto, lo cual permite indagar qué vínculos mantiene y pensar en incluirlos en futuras intervenciones. Se puede planificar una estrategia junto con esa red subjetiva –aparente– del sujeto por el cual se consulta para promover el acercamiento al espacio.
- Pensar estrategias que alivien situaciones cotidianas de tensión.
- Ponerse en contacto con alguien del equipo. Compartirles la información de lo ocurrido, evaluar junto con el equipo la demanda real del consultante y la pertinencia de la misma al dispositivo.
- Planificar estrategias de acompañamiento al sujeto consultante, en conjunto como equipo.
- Registrar los datos del sujeto (utilizar las herramientas de cada dispositivo) para iniciar un seguimiento

1. RIESGOS ASOCIADOS A LAS PRÁCTICAS DE CONSUMOS DE SUSTANCIAS

D. INSTITUCIÓN U ORGANIZACIONES DEL ÁMBITO LOCAL QUE SE ACERCAN A HACER UNA CONSULTA, OBTENER INFORMACIÓN O SOLICITAR UN TRATAMIENTO

Si la consulta por la problemática de un sujeto la realiza una institución (escuela, iglesia, comedor, asociación, etc.) conviene establecer un contacto con algún referente de la institución que permita mantenerse en el tiempo. Esto permitirá acordar estrategias, de ser necesario, para llevar a cabo más adelante. Además este contacto podrá servir para próximas articulaciones con el efector como parte de la red local.

Es importante entender que la persona/institución/organización que consulta es nuestro primer destinatario. Es él quien percibe un problema. Es importante escuchar la demanda y los motivos que se explicitan sobre la misma. El objetivo será ofrecerle contención e información en relación a la demanda, registrar sus datos, acordar nuevos encuentros y revisar qué espera de una intervención del dispositivo.

Posibles indicadores, presentaciones u observables

- Un sujeto/institución/organización que consulta por una persona por la cual está preocupada por su situación.

¿Qué Hacer?:

- Ponerse en contacto con alguien del equipo. Compartirles la información de lo ocurrido, evaluar junto con el equipo la demanda real del consultante y la pertinencia de la misma al dispositivo. Planificar estrategias de acompañamiento al sujeto/institución/organización consultante, en conjunto como equipo.
- No responder a la demanda de intervención sobre el sujeto de forma inmediata. Es conveniente generar un espacio de conversación donde pensar y acordar las acciones a realizar. Algunas veces, la urgencia actual no se corresponde con otros plazos donde suele haber poca o nula intervención. Acercar tranquilidad.
- Indagar a qué remite el pedido inicial y si la situación se configura como consumo problemático o no. Para ello es fundamental la escucha y precisar el caso a partir de preguntas en torno al comportamiento del o los individuos en cuestión, la regularidad de su consumo, la historia del mismo, los tratamientos que ha realizado, las cosas que ha dejado de hacer (escolaridad, trabajo, amigos, etc.).

- Precisar qué aspecto de la conducta del sujeto es visto como “intolerable” para ese espacio.

- Realizar una revisión de las acciones de la Institución u Organización en torno a la problemática, qué discursos circulan en dicho ámbito, invitando a pensar las mismas desde la perspectiva de derechos.

- Comunicar y compartir que muchas veces la modificación de conductas y actitudes de quien demanda por otro, puede influir en la evolución de la situación de consumo problemático. Entendiendo la problemática como social y no responsabilizando solo al sujeto con consumo, ya estamos iniciando un abordaje de la misma.

- Si se plantea la cuestión de la internación, pensar otras modalidades de intervención así como la posibilidad de generar un espacio vinculado a los intereses del individuo implicado en la consulta.

- Registrar los datos del sujeto (utilizar las herramientas de cada dispositivo) para iniciar un seguimiento.

2. SITUACIONES DE VULNERACIÓN DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Todos los niños, las niñas, los y las adolescentes sin discriminación alguna, deben ser reconocidos como sujetos de derecho. Esto significa que les corresponden los mismos derechos, deberes y garantías que a los adultos, más otros derechos especiales por su particular condición de personas en proceso de desarrollo (Ley de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes N° 26.061).

Los niños y adolescentes se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad ya que dependen de los adultos para poder crecer saludablemente, participar de la vida en comunidad y desenvolver sus capacidades hasta alcanzar la adultez.

Por lo tanto, el Estado y la ciudadanía adulta en su conjunto son los responsables de garantizar y procurar la máxima satisfacción de tales derechos.

Interés superior del niño:

- Su condición como sujeto de derecho.
- Su opinión en todo momento, inclusive en un proceso judicial.
- La prioridad de sus derechos e intereses frente a otros derechos e intereses igualmente legítimos.

Atender el interés superior del niño implica también garantizar su derecho a jugar, el acceso a la salud y a la educación, el respeto a la personalidad, los derechos a la protección de la maternidad y de la familia en su conjunto.

Recuperando la obligación del estado y de la función adulta es pertinente destacar que este derecho, al pensar una intervención, deberá considerar una escucha particular que logre recuperar la verdad de ese sujeto sin desconocer el deber de responder por su protección y cuidado.

Derecho a ser oído:

- Las niñas, niños o adolescentes tienen derecho a ser oídos y atendidos cualquiera sea la forma en que se manifiesten, en todos los ámbitos.
- Participar y expresar libremente su opinión en los asuntos que les conciernen y en aquellos que tengan interés.
- Que sus opiniones sean tenidas en cuenta conforme a su madurez y desarrollo.
- Este derecho se extiende a todos los ámbitos en que se desenvuelven las niñas, niños y adolescentes; entre ellos, al ámbito estatal, familiar, comunitario, social, escolar, científico, cultural, deportivo y recreativo.
- Derecho a que su opinión sea tomada primordialmente en cuenta al momento de arribar a una decisión que lo afecte.

El derecho a ser oído deberá garantizar que el sujeto sea parte del abordaje y de la elección de estrategias posibles. Si se determina alguna medida o intervención con la que el niño, niña o adolescente no se muestra conforme pero que se considera necesaria, se deberá pensar una modalidad de trabajo que contemple ese posicionamiento. Escucharlo es considerar lo que le sucede, acompañarlo en la construcción de la idea de “cuidado” y no de “castigo”. Se requiere de una escucha que pueda darle estatuto de “verdad” al modo en el que ese sujeto transita el momento o situación.

Ante la presencia de situaciones de vulneración de derechos de niñas, niños y adolescentes es imperioso definir criterios y ponderar (en el marco de la urgencia y en pos de diseñar una estrategia efectiva de restitución) cuál es la situación de emergencia a la que se debe ineludiblemente abordar, priorizando la integridad física y emocional de ese sujeto.

Cada situación contiene su propia complejidad social e histórica, por lo tanto todo abordaje, en términos de intervenciones concretas, depende de la construcción de acuerdos, aportes y compromisos asumidos que cada uno de los efectores realice en el diseño y ejecución de la estrategia

restituida.

Los equipos de los dispositivos territoriales se encuentran recurrentemente ante la posibilidad de detectar y/o evidenciar situaciones de vulneración de derechos en niños, niñas y adolescentes, lo cual genera la necesidad de contar con protocolos de actuación a fin de generar condiciones para el abordaje de dicha situación.

Posibles indicadores, presentaciones u observables

- Si se presenta un niño/a o adolescente golpeado.
- Si un niño/a o adolescente pide ayuda directamente a algún miembro del equipo.
- Si existen sospechas del equipo de que un niño/a o adolescente puede estar atravesando una situación de vulneración de derechos.
- Si pide acompañamiento otro referente territorial (ej., escuela) respecto de una situación de vulneración de derechos de un niño/a o adolescente que asiste al dispositivo.
- Si la situación de vulneración de derechos se puede leer del vínculo que establece con sus pares, con sus padres.
- Si la situación de vulneración de derechos es llevada a cabo por un miembro/s del equipo.
- Si el niño, niña y adolescente no asiste a una institución educativa.

¿Qué Hacer?

- Informar al organismo local (municipal) de la situación. El servicio de protección de derechos de NNyA será el encargado de: Realizar las denuncias pertinentes o el acompañamiento en esa instancia; Ejecutar las medidas de protección necesarias; Realizar el seguimiento de las medidas.

- Acompañar cualquier pedido de articulación. En ninguna circunstancia se puede abandonar al sujeto en el circuito que realice en la red local.

- Diseñar estrategias de trabajo con instituciones y referentes que preserven al niño, niña o adolescente y a la confianza que ha depositado en el espacio.

- Favorecer la profundización del diagnóstico situacional a partir de una escucha profesional y la orientación con actores de la red (institucionales o referentes afectivos, como escuelas, otros organismos públicos, organizaciones sociales etc.)

- Diseñar estrategias a partir de las condiciones familiares y sociales que el sujeto presente.

- Dependiendo del integrante del equipo que reciba la demanda de intervención se deberá dar aviso a los directivos quienes se constituyen como últimos responsables de los dispositivos.
- Realizar las articulaciones pertinentes protegiendo la información que el sujeto ha confiado en el espacio. Trabajar en articulación interactoral NO significa desconocer el derecho a la intimidad y el resguardo confidencial de la información.
- Considerar el discurso del sujeto sin requerir información innecesaria o que no colabore en la intervención.
- Resguardar el vínculo construido entre el sujeto y el dispositivo.
- Garantizar la permanencia del sujeto en el espacio construido en el dispositivo. Continuar el seguimiento de la situación y medidas realizando el contacto permanente con las instituciones intervinientes.

3. VIOLENCIA DE GÉNERO

Es importante reconocer que la violencia hacia las mujeres es una de las violaciones a los derechos más frecuente. Según datos de la Organización de las Naciones Unidas, alrededor del 70 por ciento de las mujeres en todo el mundo ha sufrido violencia en el transcurso de su vida.

Es una problemática pública estructural, que se encuentra atravesada por dimensiones sociales, políticas, económicas y culturales. Para trabajar para su prevención, sanción y erradicación se requiere de un modelo de abordaje integral. En el marco de la corresponsabilidad la Secretaría se encuentra dentro de los actores que deben visibilizar la presente problemática y proteger los derechos de los sujetos implicados. Es menester que toda persona que se desempeñe en el ámbito público y privado de la atención tenga una formación en perspectiva de género que le permita en primera instancia detectar la violencia y a partir de ello poder brindar una respuesta adecuada. Es obligatorio garantizar a cada mujer el acceso efectivo a la justicia, la atención psicológica y social, y el patrocinio jurídico gratuito en el caso que lo requiera.

El marco legal que ampara lo anteriormente expuesto se encuentra enmarcado en la Ley 26.485 de Protección Integral a las mujeres. La presente Ley en su artículo 4 expone que “se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad

física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes”. Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón.

A su vez realiza una distinción entre tipos y modalidades de violencia. De acuerdo al artículo 5 los tipos de violencia son:

• Física

La que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato agresión que afecte su integridad física.

• Psicológica

La que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, celos excesivos, chantaje, ridiculización, explotación y limitación del derecho de circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación.

• Sexual

Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres.

• Económica y patrimonial

La que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer, a través de:

- a) La perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes;
- b) La pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales;
- c) La limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna;

d) La limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo.

- **Simbólica**

La que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmite y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad.

El artículo 6 define por modalidad a las formas en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres en los diferentes ámbitos, quedando especialmente comprendidas las siguientes:

- **Violencia doméstica contra las mujeres**

Aquella ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia.

- **Violencia institucional contra las mujeres**

Aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil.

- **Violencia laboral contra las mujeres**

Aquella que discrimina a las mujeres en los ámbitos de trabajo públicos o privados y que obstaculiza su acceso al empleo, contratación, ascenso, estabilidad o permanencia en el mismo, exigiendo requisitos sobre estado civil, maternidad, edad, apariencia física o la realización de test de embarazo. Constituye también violencia contra las mujeres en el ámbito laboral quebrantar el derecho de igual remuneración por igual tarea o función. Asimismo, incluye el hostigamiento psicológico en forma sistemática sobre una determinada trabajadora con el fin de lograr su exclusión laboral.

- **Violencia contra la libertad reproductiva**

Aquella que vulnera el derecho de las mujeres a decidir libre y responsa-

blemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

- **Violencia obstétrica**

Aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.

- **Violencia mediática contra las mujeres**

Aquella publicación o difusión de mensajes e imágenes estereotipados a través de cualquier medio masivo de comunicación, que de manera directa o indirecta promueva la explotación de mujeres o sus imágenes, injurie, difame, discrimine, deshonre, humille o atente contra la dignidad de las mujeres, como así también la utilización de mujeres, adolescentes y niñas en mensajes e imágenes pornográficas, legitimando la desigualdad de trato o construya patrones socioculturales reproductores de la desigualdad o generadores de violencia contra las mujeres.

Posibles indicadores, presentaciones u observables

- Se presenta una mujer que en entrevista se evalúa que es víctima de violencia.
- Pedido de ayuda directo a algún miembro del equipo.
- Presentación de sujetos que atraviesan situaciones de consumo y ejercen violencia.

¿Qué Hacer?

- Dar aviso a los referentes del dispositivo quienes se constituyen como últimos responsables del mismo.

- Evaluar si la persona se encuentra en una situación de riesgo de vida, teniendo en cuenta: **Frecuencia:** se trata de poder estipular cada cuanto tiempo se producen los episodios violentos. En la medida en que se hayan incrementado, saber desde cuándo y cada cuanto tiempo suceden. Esto nos permite analizar cómo funciona el círculo de la violencia en ese caso. **Intensidad:** grado de severidad, tipos de violencia más frecuentes. Esto implica poder estipular si son en estallido o aumentan en escala, ver cuál es su **modalidad**. **Presencia de armas:** tipo de armas, si el agresor las usa o amenaza con usarlas. Uso de otros objetos (palos, látigos, otros). Amenaza de muerte: amenaza de suicidio, si hay amenazas de muerte hacia la mujer, hacia personas de su entorno. En este punto es importante ver si la persona considera que el agresor es capaz de matar o matarse. **Preguntar si la ha instigado al suicidio.**

- Dar aviso al equipo central.
- Se dará intervención al equipo técnico del dispositivo a fin de garantizar la planificación de la estrategia que será en articulación con los organismos locales de género. Es importante tener un registro previo de esos organismos (Consejo Nacional de las Mujeres y Hogares y Centros Integrales de la Mujer (CIM) en CABA, línea 144 todo el país)

• Tener en cuenta el carácter cíclico del fenómeno de la violencia en la pareja: **Fase de tensión.** Se caracteriza por una escalada gradual de tensión en la pareja, que se caracteriza por el aumento de conflictos y actos violentos. El agresor demuestra su violencia de forma verbal y, en algunas ocasiones, con agresiones físicas, con cambios repentinos de ánimo, que la mujer no acierta a comprender y que suele justificar, ya que no es consciente del proceso de violencia en el que se encuentra involucrada. De esta forma, la víctima siempre intenta calmar a su pareja, complacerla y no realizar aquello que le moleste, con la creencia de que así evitará los conflictos e, incluso, con la equivocada creencia de que esos conflictos son provocados por ella, en algunas ocasiones. **2. Fase de agresión.** Es la fase en la que estalla la violencia, ya sea física, psicológica y/o sexual. Se producen estados de ansiedad y temor en la mujer, temores fundados que suelen conducirla a consultar a alguna amiga o familiar, a pedir ayuda o a tomar la decisión de denunciar a su agresor. **3. Fase de conciliación (fase de luna de miel).** En esta fase después de los episodios violentos, el agresor suele pedir perdón, mostrarse amable y cariñoso, y promete que no volverá a repetirse, que ha explotado por “otros problemas” siempre ajenos a él. Jura y promete que la quiere con locura y que no sabe cómo ha sucedido.

- Resguardar el vínculo construido entre el sujeto y el dispositivo.
- No requerir información innecesaria o que no colabore en la intervención.
- Trabajarlo en el marco del derecho a la intimidad y del resguardo confidencial de la información.

4. VIOLENCIA INSTITUCIONAL/COMUNITARIA³

La Secretaría de Derechos Humanos define que “hablar de violencia institucional refiere a situaciones concretas que involucran necesariamente tres componentes: prácticas específicas (asesinato, asilamiento, tortura, etc.), funcionarios públicos (que llevan adelante o prestan aquiescencia) y contextos de restricción de autonomía y libertad (situaciones de detención, de internación, de entrenamiento, etc.). (...) se trata de prácticas estructurales de violación de derechos que son desarrolladas (por acción u omisión) por funcionarios pertenecientes a fuerzas de seguridad, fuerzas armadas, servicios penitenciarios y efectores de salud, así como operadores judiciales, en contextos de restricción de autonomía y/o libertad.”

Posibles indicadores, presentaciones u observables

- Se presenta una persona que en entrevista se evalúa que fue víctima de violencia institucional.
- Pedido de ayuda directo a algún miembro del equipo.
- Si pide acompañamiento otra persona, familiar, referente, respecto de una situación de violencia institucional.

¿Qué Hacer?

- Dar aviso al equipo central
- Se dará intervención al equipo técnico del dispositivo a fin de garantizar la planificación de la estrategia que será en articulación con los organismos locales -fiscalías y/o juzgados de todo el país: todos tienen la obligación de recibir las denuncias en el mismo momento en que se realizan. Procuraduría de Violencia Institucional (PROCUVIN). Dirección General de Acompañamiento, Orientación y Protección a las Víctimas (DOVIC) Programa Especial para la Atención a Víctimas de Violencia Policial. Oficinas de la Dirección General de Acceso a la Justicia (ATAJO)-

• Este tipo de prácticas no pueden ser pensadas como transgresiones individuales -que pueden aparecer pero sólo en casos marginales- sino que debemos pensarlas como prácticas que pueden conformar patrones estructurales de violación de derechos por parte de funcionarios públicos.

• Brindar información: si la persona fue víctima de golpes, maltratos o torturas, ir de forma inmediata a un hospital o a un centro de salud y pedir un certificado que dé cuenta del estado de salud. Registrar las lesiones a través de fotos o videos. Toda la información y detalles que se pueda brindar sobre lo que sucedido es importante.

• Intentar recordar o tomar nota de: fechas, horarios, lugares, nombres, fuerza policial o de seguridad que intervino, número de chapa del oficial responsable, número del móvil, patente, rasgos físicos, testigos, etc. No hay una prohibición legal de registrar mediante teléfonos celulares la detención o el operativo. En el caso que hagan firmar contra tu voluntad, expresar tu disconformidad, por ejemplo, escribiendo: “APELO, NO CONFORME, EN CONTRA DE MI VOLUNTAD”

• El hábeas corpus es un escrito en el que se solicita ante un juez o jueza para que determine si la detención es legal. Cualquier persona puede presentarlo y no es necesario contar con un abogado/a. No se necesita ser familiar de la persona detenida. Es importante presentar dos copias y quedarse con una copia sellada con fecha y nombre de la persona que

³ Fuente: http://www.mpf.gob.ar/procuvin-policial/files/2016/04/J%C3%B3venes-y-Fuerzas-de-Seguridad_06.04.16.pdf

recibió el escrito. Es importante que tenga la siguiente información: datos personales de la víctima, hechos que se denuncian, el pedido concreto que se realiza.

- La denuncia es el primer paso para que intervenga la justicia y se pongan en marcha los mecanismos de protección, asistencia, investigación y sanción de las personas responsables del hecho.

5. PROBLEMÁTICAS DE SALUD MENTAL

Sobre los riesgos en Salud Mental

En este punto es importante retomar el concepto de RIESGO CIERTO E INMINENTE.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010) sostiene que la internación⁴ será el último recurso de intervención al momento de diseñar los tratamientos –artículo 14–. La misma podrá llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones posibles en su entorno familiar, comunitario o social.

En caso de que la internación sea involuntaria la misma debe concebirse como recurso terapéutico excepcional cuando no sea posible, o haya fallado, el abordaje ambulatorio –artículo 20–. Esta solo podrá realizarse cuando, a criterio de un equipo de salud competente en el área de Salud Mental, se evalúe que el sujeto se encuentra en una situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Es por lo mismo que se debe determinar y justificar la situación de riesgo cierto e inminente y la ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento. El riesgo cierto e inminente⁵ debe fundamentarse sobre tres condiciones:

1. Inmediatez del riesgo.
2. Certeza⁶.
3. Gravedad de daño contra la seguridad de sí mismo o de terceros⁷.

Cabe destacar que la evaluación de riesgo cierto e inminente en salud mental estará a cargo de profesionales de la salud y requiere de articulación urgente con la institución pertinente local (Hospital) para el proceso de internación, compensación. Del mismo modo, aquellas estrategias que no conlleven a internaciones involuntarias pero sí a procesos de estabilización psíquica.

Posibles indicadores, presentaciones u observables

- Se presenta una persona acompañada por alguien de su entorno cercano, o sola con un pedido de ayuda directa, o que en la entrevista se evalúa

⁴ Es relevante comprender que la internación es un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y por ello es muy importante evaluar su pertinencia. En tal sentido es que se entiende cómo el último recurso a considerar, cuando hallan fallado el resto de las intervenciones a nivel comunitario.

⁵ Inminente refiere a lo que está próximo a suceder. Su origen etimológico deriva del latín *imminere*, que significa amenazar. Lo contrario a inminente es aquello lejano o remoto.

⁶ Consiste en el conocimiento de la verdad de nuestras observaciones.

⁷ Es importante reconocer en la actualidad la diferencia que existe entre el riesgo y el criterio de peligrosidad, antiguamente utilizado.

la presencia de los siguientes aspectos.

- En el discurso del sujeto: incoherente; desorganizado; sin idea directriz; presentación de neologismos; sin orientación temporo-espacial; discurso disgregado; dichos confusos y fuera del contexto de conversación; fuga de ideas; ideaciones suicidas manifestadas; que manifiesta autolesiones; certeza delirante y autoreferencia.
- A nivel de la conducta motriz del sujeto: excitabilidad; abulia; excitación motriz; catatonía; observación de autolesiones⁸.
- En su conducta global: a nivel de su aspecto personal (higiene; vestimenta adecuada o no a la época del año; ropa limpia o sucia; entre otros).
- Familiar o de la Red subjetiva de una persona que se presenta refiriendo por esta un pedido de ayuda dado que presenta alguna de las características anteriormente descritas en su conducta, o tiene un padecimiento de salud mental diagnosticado sin tratamiento o en pleno desencadenamiento de los síntomas positivos.

¿Qué Hacer?

- Dar aviso al equipo técnico del DIAT
- Ante estas presentaciones es necesario articular con un equipo de salud mental que es quién tiene la competencia de evaluar y diseñar la intervención. Por lo tanto en cualquiera de los casos se deberá orientar y acompañar a que se realice una consulta con el equipo de Salud Mental de la red territorial del DIAT.
- En caso de evaluar un riesgo cierto e inminente (es decir observar que la persona está en una situación de riesgo) es necesario dar aviso a una ambulancia y asegurar que la persona reciba en la inmediatez los cuidados y la atención necesaria.
- Favorecer la profundización del diagnóstico situacional a partir de una escucha profesional (institucionales o referentes afectivos, como escuelas, otros organismos públicos, organizaciones sociales etc.)
- Dependiendo del integrante del equipo que reciba la demanda de intervención se deberá dar aviso a los directivos quienes se constituyen como últimos responsables de los dispositivos.
- Realizar las articulaciones pertinentes protegiendo la información que el sujeto ha confiado en el espacio. Trabajar en articulación interactoral NO significa desconocer el derecho a la intimidad y el resguardo confidencial de la información.
- Considerar el discurso del sujeto sin requerir información innecesaria o que no colabore en la intervención.
- Resguardar el vínculo construido entre el sujeto y el dispositivo.
- Continuar el seguimiento de la situación y medidas realizando el contacto permanente con las instituciones intervinientes.
- Dar aviso al equipo central.

⁸ Las autolesiones son signos que podrían remitir a algún padecimiento mental grave, que no están asociados directamente al consumo problemático de sustancias, sin perjuicio de la existencia de cortes bajo el consumo de cocaína.

Estos signos requieren de una evaluación de mayor complejidad que la que pueden brindar los dispositivos de umbral mínimo de exigencia. En este sentido, ante dichas situaciones resulta necesario habilitar la articulación con la red local para garantizar el acceso a la evaluación en salud mental en la institución competente.

Reflexiones sobre la aplicación de los criterios y estrategias de Reducción de Daños en el uso de sustancias psicoactivas y los consumos problemáticos.

■ Rastreando en la historia

Siempre que se habla de Reducción de Daños en el uso de sustancias psicoactivas se recuerda al médico griego Hipócrates, para muchos Maestro y Padre de la Medicina, por una de sus máximas “Primum non nocere”, traducida del latín al castellano como “Lo primero es no dañar”.

Esta máxima, pronunciada tan lejanamente en el tiempo, nos ubica que ante un actual requerimiento de nuestra intervención, ya sea de carácter comunitario, grupal y/o singular, debemos guiarnos en no agravar los daños ya existentes.

Es decir que si ya registramos daños en la persona que nos consulta o en una urgencia que ingresa a nuestro dispositivo y/o en la población UD con la que tomamos contacto directamente en los escenarios de consumo, lo primero será no agregar daños o agravarlos.

Por el contrario buscaremos mitigarlos, reducirlos o producir modificaciones que permitan pasar de un daño mayor padecido a un daño menor. A la vez nos advierte que por más ideal “de hacerle el bien al otro” que tomemos por guía, eso no garantiza que nuestra intervención impacte positivamente. Por ello nuestra intervención siempre debe ser comprometida éticamente pero muy cauta a la vez.

■ Siglo XX

En las primeras décadas del Siglo XX algunos Estados de Europa, Asia y EEUU comenzaron a realizar Convenciones en función de debatir y ponerse de acuerdo en un modelo de intervención del Estado sobre el uso de drogas. En el marco de ese proceso, Gran Bretaña comienza a tomar preocupación por sus soldados que retornaban a su reino, luego de largos periodos transcurridos en sus colonias, fundamentalmente en la India, donde así como llevaron y transmitieron cotidianamente costumbres y prácticas culturales británicas también asimilaban prácticas y costumbres culturales de sus colonias. Particularmente de la India la costumbre cotidiana de consumir opio, costumbre que al regreso a Inglaterra no era posible resolverla tan asiduamente como en la India, produciéndose síndromes de abstinencia entre los que habían regresado.

Para abordar este problema, en el año 1926, desde el gobierno británico se designa un comité de médicos que debía expedirse al respecto. Al término de un periodo de trabajo, el Comité arriba a dos conclusiones importantes.

Por un lado concluye que para lograr el abandono de consumo de opio, se debería seguir prescribiéndole al paciente dosis de consumo, con grado paulatino de disminución de las mismas, para alcanzar una desintoxicación de su cuerpo. Este principio ya contradice al criterio de abstinencia obligatoria del consumo de drogas, inmediatamente desde el inicio de todo tipo de tratamiento. Si bien en los hechos lo contradice, vale aclarar que no plantea una oposición a la perspectiva abstencionista de carácter obligatorio. Por otro lado. La otra conclusión que para algunas personas, resulta necesaria la prescripción de drogas para que pueda llevar adelante “una vida normal y socialmente útil”.

En base a estas conclusiones, este comité denominado “Rollerston Committee” considera la toxicomanía como un proceso de maduración individual. Considerando esto último, elabora una modalidad de intervenir en las toxicomanías, adicciones, hoy diríamos consumos problemáticos, en la cual se considera la salida de la toxicomanía como un proceso madurativo que requiere un tiempo y lleva al abandono del consumo, sin requerir una imposición externa obligatoria de abstinencia.

Frente a la perspectiva prohibicionista y abstencionista impulsada por EEUU, que pujaba por poder convertirse como una respuesta universal para todos y que los Estados debían llevar adelante como política pública para abordar a la población que participaba del fenómeno del uso de drogas, estas conclusiones elaboradas en 1926, jugaron un rol importante en las décadas posteriores, cuando comenzaron a establecerse las primeras acciones de reducción de daños entre la población usuaria de heroína.

En los años 80 surgen ya con fuerza las acciones basadas en los criterios de reducción de daños (RRDD) para poder abordar la transmisión del VIH-Sida como también otras enfermedades como la hepatitis B y la tuberculosis, por compartir jeringas, entre la población usuaria de drogas por vía intravenosa.

Se desarrollan estas estrategias en Europa, sobre todo en Gran Bretaña y Holanda, logrando indicadores que dieron cuenta de un mejor control de la epidemia, disminuyendo la transmisión del VIH-Sida por compartir jeringas, como también otros indicadores que dieron cuenta del incremento de contacto con los usuarios de drogas, por parte de los dispositivos sociales y sanitarios y también una mejora en la accesibilidad a los centros asistenciales.

Paralelamente, en EEUU aparecen las primeras experiencias de reducción de daños. Estas políticas de RRDD, que comienzan a implementarse en diversas partes del mundo, muestra la construcción de un nuevo existente en la manera de abordar a la población que participa del fenómeno del uso de drogas. El ideal de desarrollar los factores de protección de la salud entre los usuarios de drogas en función de la disminución de los riesgos y la preservación de su vida cobran un peso determinante en las políticas socio-sanitarias en detrimento de la perspectiva abstencionista.

A partir de esta etapa primordial, comienza un proceso de desarrollo y despliegue de las estrategias y prácticas de reducción de riesgos y daños, en todos los continentes y además se extiende la aplicación de esas estrategias hacia otras modalidades de uso de drogas, no sólo consumidas por vía intravenosa, y por lo tanto también hacia otras sustancias psicoactivas de consumo.

■ Aproximaciones conceptuales y criterios de Reducción de Daños

La Reducción de Daños propone una mirada pragmática que organiza un conjunto de tareas y acciones sanitarias y sociales, en relación a la población que realiza alguna modalidad de consumo de drogas, con el fin de reducir los daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas, sean estas legales o ilegales. Caído entonces el ideal abstencionista se trata de desarrollar acciones de información clara sobre las drogas, sus efectos, sus riesgos conjuntamente con acciones de prevención de consumos problemáticos y reducción de daños asociados a ese consumo.

La característica de complejidad que contiene el problema del fenómeno del uso de drogas y los consumos problemáticos, implica para la reducción de daños, el desarrollo y articulación de diferentes acciones y tareas que se despliegan simultáneamente y/o de manera convergente, dado que el universo de usuarios de drogas no se presenta nunca como un universo homogéneo.

Si lo llevamos a una expresión local de nuestro país o provincia, podríamos decir que pretender homogeneizar a una población usuaria de drogas (UD's) de una comunidad local a partir del rasgo que todos consumen nos llevaría erróneamente a planificar desde una única estrategia, sin tomar en cuenta la diversidad que encierra esa población UD's, ya sea por diversidad etarea; de género; de lo que consume; de las modalidades de uso; de los escenarios, ámbitos institucionales, donde y cuando se realizan esos consumos; de los diversos y diferentes atravesamientos sociales y económicos que contiene una población local; las diferentes miradas de la

comunidad hacia diferentes grupos de UD's que integran el conjunto de la población UD's local, etc.

Por lo antedicho la RRDD intenta establecer y sostener a la vez diferentes estrategias a la vez que posibiliten alcanzar diferentes objetivos, que de una manera generalizadora, apoyándonos en Baulenas, Borrás, Magri (1998) podríamos establecerlos así:

- Disminuir la entrada a la adicción (nosotros diríamos "... a los consumos problemáticos", considerando que estos incluyen a las adicciones)
- Disminuir los riesgos asociados al consumo
- Favorecer la superación de las adicciones (nosotros diríamos "... de los consumos problemáticos")

Para estos objetivos, la Reducción de Daños toma como objetivo prioritario el desarrollo del máximo contacto posible, desde dispositivos de salud como también de las áreas sociales, con el mayor número de personas que participan del fenómeno del uso de sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales. Por ello resulta insoslayable ampliar la oferta de las áreas socio-sanitarias desarrollando dispositivos de modalidad diversa, que intervengan en los lugares considerados clave para elevar los niveles de contacto con la población destinataria.

A modo de ejemplo de lo antedicho en este último párrafo, los escenarios de diversión nocturna, festivales, recitales o más particularmente los escenarios recreativos de la noche adolescente son considerados lugares claves para una intervención que preste información clara sobre los consumos, disuada sobre el consumo si se desconoce lo que se va a consumir o el origen, se prevenga sobre los riesgos y reduzca los daños asociados a ese consumo, sobre todo evite la creación de situaciones que pongan en un nivel de altísimo riesgo para su salud y su vida de quien decide consumir.

Retomemos ahora la consideración que hicimos más arriba, con respecto a que el universo de usuarios de drogas no se presenta nunca como un universo homogéneo, cuestión que comprobamos en muchos de los consultantes que se acercan a los dispositivos asistenciales y no desean o no están dispuestos, al momento de la consulta o cuando tomamos contacto en intervenciones en situaciones de calle, a asumir una abstención al consumo.

Que los dispositivos públicos de intervención, ya sean asistenciales, de tratamiento, de prevención local, etc., se planteen una diversidad en su oferta, resultaría una mejor adecuación de la misma en función de las características de la población usuaria de drogas con la cual pretende interactuar, acoger, alojar. ¿Cuál y cuánta diversidad? la posible, la real, la que al momento histórico-concreto se puede construir en su interior o en articulación con

otros dispositivos estatales o comunitarios.

Esta diversidad en la oferta es de suma importancia para concretar la accesibilidad a los mismos por parte de la población UD's. La accesibilidad al dispositivo, sea el que fuere, no se puede dissociar de la aceptabilidad de parte de los mismos usuarios de drogas que tomen contacto.

Ante ello, la Reducción de Daños (RRDD) toma el criterio de "umbral de baja exigencia o umbral de exigencia mínima". Este criterio, desarrollado en clave subjetiva, no plantea la abstinencia obligatoria de sustancias como precondition o punto de partida para el inicio de tratamiento, salvo que la singularidad clínica del paciente así lo requiera. Se valora positivamente los logros intermedios y considera, en todo caso, que la abstinencia puede llegar a ser o no un punto de llegada. Se orienta fundamentalmente a posibilitar la accesibilidad de los ciudadanos que padecen consumos problemáticos y/o adicciones a los dispositivos terapéuticos, tanto sociales como de servicios de salud (Paveto, 2010)

Apoyándonos nuevamente en Baulenas, Borrás, Magri (2002), se discriminan un conjunto de intervenciones relacionadas con aquellos tres objetivos más generales ya señalados más arriba, quedando establecidas:

Intervenciones a Corto Plazo

- Establecer contacto desde las redes socio-sanitarias existentes con el mayor número de consumidores de drogas.
- Disminuir los riesgos biopsicosociales asociados al consumo activo de drogas.
- Reducir el riesgo de transmisión de infecciones dentro y fuera del grupo de consumidores activos.
- Detectar necesidades
- Paliar carencias sociales
- Promover el diagnóstico precoz y la profilaxis de infecciones oportunistas y tratar las patologías asociadas.

Intervenciones a mediano y largo plazo

- Facilitar el acceso hacia otros recursos para aquellos que lo soliciten.
- Promover el mantenimiento de contacto, facilitando su participación como agentes de salud personal y en la promoción de comportamientos más sanos entre sus pares.
- .- Integrar su participación para ajustar los recursos a las necesidades existentes, integrando sus conocimientos de la realidad concreta.
- .- Intervenir para dejar o disminuir el consumo de cualquier sustancia psicoactiva.

En este detalle de intervenciones precedente, podemos observar que las estrategias de reducción de daños trabajan con un conjunto de problemas asociados al uso de drogas, entendiendo que, en la situación de interven-

ción ante un consultante que nos contacta, no nos restringimos exclusivamente a aquello que tenga que ver con las consecuencias de los efectos de las sustancias y los actos de consumo.

Ubicamos en el centro de la situación a la persona, al sujeto tal como se presenta, al ciudadano usuario de drogas inserto en un contexto concreto en el cual despliega sus redes singulares, y evaluamos su situación en relación al goce de sus derechos sociales, de salud, educativos, de hábitat, culturales, etc. Las acciones de RRDD deben tender a la restitución de derechos.

No consideramos que la restitución de un derecho por sí mismo resuelve el vínculo de carácter dependiente construido con una sustancia determinada, pero sin duda no atender los otros daños relacionados con el uso de drogas como daños sociales, económicos, legales, laborales, en el estudio, etc. producirá un agravamiento de la situación de la persona que toma contacto con algunos de los dispositivos locales sociales o de salud en los que nos desempeñamos.

Prevención y Reducción de Daños

Planificar acciones, proyectos o programas de prevención desde los criterios de reducción de daños implica plantearnos la pregunta sobre ¿Qué entendemos por prevención y que es lo que se quiere prevenir?

Para aproximar una respuesta a este interrogante podríamos retomar nuevamente los tres objetivos generales y diferentes entre sí, planteados por Baulenas, Borrás, Magri (1998) y ponerlos en relación con el concepto de prevención:

- Prevención y Disminuir la entrada a la adicción (nosotros diríamos "... a los consumos problemáticos", considerando que estos incluyen a las adicciones)
- Prevención y Disminuir los riesgos asociados al consumo
- Prevención y Favorecer la superación de las adicciones (nosotros diríamos "... de los consumos problemáticos")

¿Que tendríamos que prevenir en función de que las acciones de prevención favorezcan los objetivos planteados? Los invito a que se animen a construir respuestas, apoyados en el debate e intercambio entre los compañeros/as, en el marco de los dispositivos que integran.

Ya en el Módulo II se ha propuesto un concepto de prevención en relación al uso problemático de drogas. "La definición más adecuada que podríamos realizar sobre el concepto de prevención sería probablemente: Conjunto de esfuerzos que una comunidad pone en marcha para reducir en

forma razonable la probabilidad de que en su seno aparezcan problemas relacionados con los consumos de drogas”. .- Comas Arnau Domingo y Arza Porras(2000)

Esta definición nos ubica en un trabajo de prevención de una comunidad con la población usuaria de drogas, es decir con aquellos que ya hacen uso de ellas, por ejemplo, en función de alcanzar los tres objetivos establecidos más arriba, para lograr una reducción de daños significativa en los consumos problemáticos y en una disminución de los mismos. A la vez, esta definición convoca a la participación de la comunidad, porque ese conjunto de esfuerzos debe ser guiado por la construcción participativa de los problemas que considera más relevantes y los caminos para abordarlos. Esto incorpora los diferentes saberes de los grupos y sectores que integran la comunidad y principalmente el saber de aquellos que practican los actos de consumo, los ciudadanos usuarios de drogas.

¿Significa que la reducción de daños no contempla o se opone a acciones que persigan la disuasión del consumo y/o la postergación del inicio del uso de drogas lo más posible? Todo lo contrario, en una localidad o comunidad, una intervención a corto plazo desde la RRDD puede procurar una detención del descenso de la edad de inicio y a mediano plazo elevarla paulatinamente.

Ahora bien, esto es muy diferente a una concepción que piensa la prevención como el camino ideal para lograr un consumo cero. Mientras una perspectiva basada en el abstencionismo previene el uso de drogas, la perspectiva de reducción de daños previene el uso problemático de drogas y los daños asociados al uso de drogas procurando mitigar, reducir las consecuencias negativas del mismo.

¿Significa esto que la reducción de daños se opone a abordajes con umbrales de exigencia más altos, como la abstinencia? Tampoco es así. Lo que sostiene la reducción de daños es que considera más adecuadas, desde el punto de vista de lograr un mayor alcance y accesibilidad a los dispositivos sociales y sanitarios, el establecimiento de umbrales de exigencia mínimos facilitadores del contacto, alojamiento y sostenibilidad del tratamiento. La renuncia al uso de drogas puede ser un punto de llegada o no que se alcance y dependerá del proceso singular del sujeto en el tratamiento.

En relación a cuando pensamos en una intervención comunitaria basada en los criterios de reducción de daños, debemos tomar en cuenta que los diversos grupos de una comunidad, con los cuales interactuaremos a lo largo de la intervención, no necesariamente comparten nuestra mirada sobre como definimos que es un consumo de drogas, las representaciones

sociales sobre las personas que usan drogas y las alternativas planteadas para un abordaje adecuado del uso de drogas, la prevención de los consumos problemáticos y la implementación de reducción de daños entre aquellos que no quieren o no pueden dejar de consumir.

Por lo tanto, las acciones hacia cada grupo requerirán estrategias y objetivos diferentes, en función de poder alcanzar una cercanía óptima de las representaciones sociales y significaciones sobre el problema. A modo de ejemplo, no es lo mismo las expectativas y miradas sobre el problema que tiene las madres que participan en algún grupo o institución comunitaria, que aquellos que son familiares de personas atravesadas con un consumo problemático, que las de los docentes de una escuela, que la de los mismos usuarios de droga.

Con los usuarios de drogas podremos realizar una prevención específica basada en la RRDD pero tal vez con las madres que participan en una institución comunitaria no será posible pero podremos realizar otras actividades que contribuyan a disminuir las representaciones sociales negativas que tienen sobre la población usuaria de drogas.

La posibilidad de compartir “mundos locales de significaciones” requerirá una ductilidad y negociación mutua de las significaciones por parte del equipo, con cada uno de ellos en función de hacer viable la intervención. Si las mutuas miradas son muy distantes, la posibilidad de realizar acciones asociadas de prevención y RRDD se obstaculizarían mucho al momento de implementarlas.

Abordaje estratégico en Consumos Problemático de Sustancias

Modelo de Tratamiento Comunitario

1. Tratamiento Comunitario en el marco de las Políticas Públicas
2. Orígenes e historia de Tratamiento Comunitario.
3. Marco conceptual
4. Instrumentos metodológicos

1. Tratamiento Comunitario en el marco de las Políticas Públicas

En el año 2016 la Dirección Nacional de Abordaje Interactoral de la SEDRONAR implementa como una de sus líneas de trabajo la metodología de Tratamiento Comunitario a partir de la implementación de Equipos de Abordaje Territorial Integral.

Tratamiento Comunitario es una modalidad de trabajo territorial de bajo umbral de acceso que propone el encuentro entre procesos comunitarios e institucionales. Se propone visibilizar las REDES LOCALES (formales e informales) con el objetivo de abordar situaciones de consumos problemáticos, entre otras a las que se pueden ver expuestos los sujetos en sus comunidades.

Se contempla a los sujetos destinatarios de las Políticas Públicas en este marco como integrantes de una comunidad y a sus respectivas redes (redes subjetivas de las personas, redes subjetivas comunitarias de los equipos, redes operativas, red de recursos comunitarios y las redes de líderes de opinión).

Esta metodología de trabajo incluye la implementación de diversas herramientas de registro, sistematización y evaluación de los equipos y las situaciones que se abordan en las comunidades.

Es así como durante el año 2016 se conformaron 10 equipos de abordaje territorial integral. Los mismos están formados por personas con diversos perfiles - profesionales y no profesionales, referentes locales y/o comunitarios, entre otros -. Cada equipo se encuentra acompañado por un referente técnico.

En el año 2017 se incorporaron 17 equipos. Actualmente existen por lo tanto, 27 equipos que abordan diversas situaciones en 27 comunidades desde la presente perspectiva.

Estos equipos se encuentran en distintas comunidades de 13 provincias de nuestro país: 8 en Gran Buenos Aires (Localidades de San Isidro -1-, Tres de Febrero -1-, Pilar -1-, Morón -1-, Lomas de Zamora -1-, Moreno -1- y Quilmes -2-), 1 en Bs As Interior (Mar del Plata), 2 en región NEA (Provincias de Misiones y Corrientes), 5 en región NOA (Provincias de Salta -1-, Jujuy -2-, Tucumán -1- y Santiago del Estero -1-), 6 en región CENTRO (Provincias de Córdoba -2-, Santa Fe -3- y Entre Ríos -1-), 3 en región Cuyo (Provincia de Mendoza) y 2 en región Patagonia (Provincias de Tierra del Fuego y Río Negro).

Actividades que desarrollan los equipos de abordaje integral:

- Trabajo en Calle: recorrido de los territorios de intervención con el fin de identificar el mismo, contactar personas e instituciones locales, observar dinámicas locales, reconocer el espacio de actuación para la confección de las estrategias de intervención.
- Creación, visibilización y articulación de Redes (comunitarias, institucionales, Redes operativas, Redes de Recursos comunitarios, redes subjetivas, entre otras).
- Seguimiento de Casos: trabajo articulado de abordaje con los Dispositivos DIAT y Equipos territoriales de otras áreas de la Sedronar, así como con los efectores locales.
- Espacio de Formación y Seguimiento: reuniones de equipo, registro y sistematización de la información obtenida a través de diversas herramientas metodológicas.
- Actividades de vinculación: generar, acompañar y visibilizar actividades comunitarias, que tienen como objetivos ejes de tipo organizativos, asistencia inmediata, educación no formal, animación y acciones culturales, salud, trabajo.

Para lograr los objetivos y metodología de trabajo propia del Tratamiento Comunitario desde la coordinación central se trabaja en la articulación con diversos actores (comunitarios e institucionales) así como los diversos estados (municipales, provinciales y nacionales).

2. Orígenes: tratamiento comunitario y contexto Latinoamericano

Comprender e historizar el tratamiento comunitario implica profundizar en la historización sobre experiencias de diversos actores en América latina, gubernamentales y no gubernamentales - organizaciones sociales y de la sociedad civil -. Surge de un proceso que tuvo diferentes etapas y/o momentos donde se fue profundizando su implementación..

En el año 1989 se realiza un encuentro en México entre distintos actores sociales (organizaciones de la sociedad civil y una universidad) para trabajar, interpretar y profundizar el fenómeno de las drogas. Estos actores eran diversos por sus historias, personas que participaban, culturas institucionales, formación profesional y científica, experiencias de vida, campos de trabajo, regiones y territorios de procedencia, cultura política, etc. Inicialmente tenían en común, por un lado, el deseo de trabajar juntos, y por otro, el hecho de compartir un convencimiento: que había algunos fenómenos en los cuales trabajaban (el tema de las drogas en particular) que ninguno de ellos podía enfrentar solo. Es a partir de allí que se desarrolla un modelo comunitario de intervención, posteriormente denominado ECO¹.

El tratamiento comunitario (TC de ahora en más) se convirtió en una propuesta producida en el marco de un metamodelo ECO², es decir, un modelo para construir modelos desde fines de la década de 1980.

En la actualidad, cuenta con una amplia literatura, y diversos centros de formación en América Latina que aseguran la adaptación local de la propuesta y, de esta manera, su transformación y evolución, como también su diseminación a través de la formación y la capacitación. A partir de esta propuesta se ha desarrollado también una Red de Redes (RAISSS – Red Americana de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social) a nivel continental, que producto del conjunto de redes de cada país, región y ciudad de los mismos.

En el Tratamiento Comunitario (a través de la Epistemología de la complejidad) se enlazan los aportes que diversas ciencias (antropología, sociología, psicología social, psicoanálisis, medicina, psiquiatría, economía, ecología, ciencias políticas, filosofía, matemáticas, física etc.) para entender la realidad humana (las personas, los grupos, las comunidades y fenómenos como las farmacodependencias, las situaciones de calle, etcétera).

¿Por qué surge?

Las motivaciones para esta producción de un marco que trabajara los consumos problemáticos desde una perspectiva interdisciplinaria las encontramos en los resultados no satisfactorios de los tratamientos clásicos. Encontramos como muestra de lo mismo las deficiencias existentes en el abordaje tradicional al fenómeno de las farmacodependencias: la mayoría de los consumidores viven múltiples veces el mismo proceso de tratamiento con un alto índice de fracasos (alrededor de 65-70%).

Es así que los inicios del TC deben ser entendidos en un contexto internacional, más allá de la particularidad del modelo: distintos movimientos comienzan a poner en cuestión casi cuatro siglos durante los cuales el

¹ El nombre del modelo ECO2 significa “Epistemología de la Complejidad (ECO), Ética y Comunitaria (ECO), por lo tanto ECO2”. La palabra ECO hace referencia también a la raíz griega que significa “Casa” y está en la etimología de Ecumenismo y Ecología, aludiendo a los procesos de inclusión social que promueve el modelo. Para más información ver: http://convivir.org/2014/wp-content/uploads/INTRO-al-modelo_eco-2.pdf

tratamiento y encierro (entendido como separación de la persona respecto a su comunidad de origen y segregación en un lugar cerrado o alejado de la vida cotidiana de los demás) se habían vuelto casi sinónimos. Por diferentes razones (éticas y económicas, por decencia pública o sensibilidad privada) existieron de forma continua experiencias que buscaban alternativas al encierro. Entre las prácticas latinoamericanas pioneras se mencionan aquellas originadas a partir de tres grandes movimientos nacidos en los años sesenta y setenta: por un lado las investigaciones y experimentaciones sobre la participación y el papel de los conocimientos de las comunidades iniciadas en Colombia por Orlando Fals Borda (Fals Bordá, 1970), (Fals Bordá, 1979); por el otro, las contribuciones de Paulo Freire (Freire, 1967), (Freire, 1970 (manuscrito 1968)) en el desarrollo de la denominada educación popular; y finalmente, inspirado en la contribución de Franco Basaglia los procesos iniciados en la ciudad de Santos, en Brasil (Lancetti, Saúde Mental nas entranhas da metrópole, 2013 (Terceira Edição)), (Capistrano, 1995) que produjeron profundos cambios en el abordaje en salud mental (clausura progresiva de los manicomios) y en el trabajo con poblaciones abiertas (menores en las calles por ejemplo) (Lancetti, 1996).

La Declaración de Caracas (Gonzalez-Uzcategui & Levav, 1991) se puede pensar como el inicio de las bases para una transformación profunda del sistema de atención, con una base fuertemente arraigada en el aspecto “comunitario” del abordaje. Este aspecto “comunitario” tiene sin embargo que ser visto como un atributo en un proceso que tenía como prioridad la desmanicomialización. Esto no significa que ese haya sido el momento de inicio de la transformación. Es más realista pensar que ese es el momento en el cual se reconoce una corriente subterránea de prácticas que empujan para ser reconocidas y ser incluidas entre las respuestas a las necesidades de salud mental.

Entre los aciertos de estos movimientos culturales y científicos se encuentra el hecho de haber puesto a la educación en el centro, a la participación y a la investigación como método educativo, y a haber ligado estos procesos a las políticas económicas y de inclusión social y al tema de la justicia y del respeto de los derechos humanos. Estos elementos se encuentran todos incluidos en la propuesta de tratamiento comunitario. Se puede también pensar que el tratamiento comunitario, o por lo menos una óptica comunitaria en salud mental pueda ser encontrada también en la articulación con el trabajo de red.

En Brasil, entre las experiencias más conocidas de “tratamiento comunitario” es conocida la de Adalberto Barreto llamada “Terapia Comunitaria” (Barreto, 2005), experiencia iniciada al final de los ochenta y actualmente difundida en diversos países de América Latina (SENAD, 2010, p. 159). Se puede también considerar que es en el 2001, con el Informe Mundial de

la Salud (OMS, 2001) que se pone en relieve la necesidad de construir o dar valor a procesos que establezcan o restablezcan un “continuum” en la atención, incluyendo en el sistema a actores y contextos no institucionales. El informe concluye diciendo: “A la luz de los avances científicos y técnicos, las reformas sociales y las nuevas legislaciones en el mundo, no hay razones éticas o científicas que justifiquen la exclusión de la sociedad de la persona con padecimiento mental” (Cohen, 2009, p. 120).

3. Marco conceptual

A. ¿Qué es el Tratamiento Comunitario?

Es una metodología de intervención comunitaria para el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias y las situaciones críticas asociadas. Tiene un marco conceptual para pensar e interpretar las dinámicas que configuran los procesos de vulnerabilidad y exclusión al interior de las comunidades y un marco metodológico de actuación para la intervención estratégica en comunidad local.

El Tratamiento Comunitario es un modelo de intervención que incluye un conjunto de procesos en el cual se articulan acciones, instrumentos y prácticas organizadas cuyo objetivo es promover el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas que abusan del consumo de sustancias psicoactivas y viven en una situación de exclusión social grave. Este abordaje actúa también en la mejora de las condiciones de vida en la comunidad local en la que se alojan los consumidores. Es un proceso EN, CON y POR MEDIO de la Comunidad.

Cuando nos referimos a una comunidad señalamos un sistema de redes que construyen y animan un territorio. Un territorio es un producto de una red de actores sociales (personas, líderes de opinión formales y no formales, organizaciones de la sociedad civil, instituciones etc.) y se caracteriza por ser un espacio geográfico con uno o más lenguajes, procesos organizativos, funciones sociales, conflictos y sus soluciones, intereses culturales etc. (Massimi, 2001).

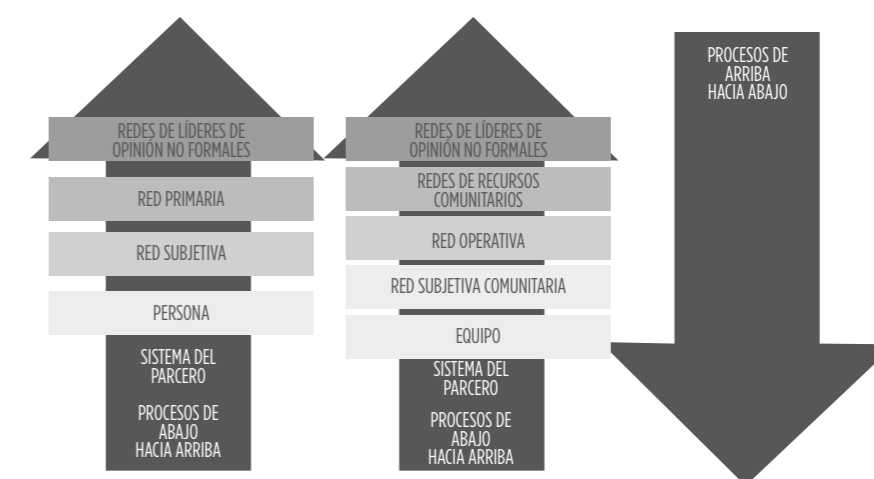
Trabajar con personas que necesitan ayuda en la actualidad implica partir de un primer acercamiento, un punto de arranque que permita entrever sus dinámicas internas y sus implicaciones.

B. ¿Cómo trabaja el tratamiento comunitario? Dispositivos

El TC acontece a través de tres dispositivos: dos de ellos de abajo hacia arriba (el del equipo y el del parcerero) y uno de arriba hacia abajo (instituciones).

Primero aclaramos porqué se trabaja con redes y no con grupos: las per-

sonas que estaban estudiando los fenómenos sociales se dieron cuenta que conceptos como grupo no permitía describir fenómenos sociales complejos. Lo que se pretendía estudiar no respondía a las características de los grupos así como eran definidas en esa época, eran demasiado fluidos, inestables, en constante movimiento, su disminución se incrementaba y disminuía, pero sus relaciones parecían ser más constantes. Es así que una red responde mejor cuando tratamos de entender la posición que una persona tiene en una sociedad o un grupo sin considerar sus características territoriales, o su lugar de contexto de las relaciones productivas.



b.1) Sistema de redes del parcerero

Parcerero es un término que existe en diferentes culturas y contextos geográficos. Su significado inmediato es: socio, aliado, coequipero, partner y trata de representar con una sola palabra el sentido de la relación de ayuda: (a) la persona que necesita ayuda, ya de hecho, con su necesidad, ayuda a la persona que está en condición de dar ayuda (se trata de una **relación de reciprocidad**, aunque el contenido de las dos relaciones pueda ser diferente). Ambos actores tienen una necesidad que satisfacer, la de ser ayudado por un lado y la de ayudar por el otro; (b) la ayuda es eficaz en la medida en la cual la relación de ayuda se basa en una alianza entre por lo menos dos “parceros”. Esta **alianza** con el mismo fin es una buena figuración del concepto de participación (el respeto y la creación de un espacio para la participación del otro); (c) esta alianza nace durante el proceso del primer contacto y es registrada en la Hoja de Primer Contacto (a desarrollar en apartado instrumentos metodológicos). El primer contacto es entonces un proceso breve por medio del cual se busca construir una **“parcería”** es decir un **sistema de alianzas (redes)**. (d) En el marco del tratamiento comunitario la alianza de trabajo que se busca realizar y mantener es con la comunidad.

En el marco del TC la red subjetiva constituye la unidad mínima de tratamiento, esto quiere decir que el sujeto más “pequeño” de tratamiento no

es el individuo sino este con su red subjetiva. Cuando se habla de parceros se entiende a la persona con su red subjetiva. La hipótesis de trabajo es que si cambian las condiciones relacionales en el interior de sus redes subjetivas, esto produce cambios en el estilo relacional entre sus miembros y esto produce cambios también en el estilo de vida del parceros.

b.2) Sistema del dispositivo (equipo operativo)

Los equipos operativos de los dispositivos de tratamiento comunitario están conformados de manera heterogénea e interdisciplinaria, y sus principales tareas son visibilizar, potenciar y dinamizar las redes comunitarias locales (formales e informales) en cada comunidad; entendiendo a éstas como actores sociales protagonistas.

b.3) Tipos de redes

- La red subjetiva comunitaria
- La red operativa
- La red de recursos comunitarios
- La red de líderes de opiniones no formales (y formales)
- La minoría activa.

En la propuesta del TC se adopta un concepto de comunidad que busca ser preciso para facilitar su comprensión y los aspectos operacionales: la comunidad es un conjunto de redes que definen un territorio y su organización, su cultura y sus productos. Estas redes funcionan también como un sistema y son ellas, con sus lógicas de proceso y desarrollo, que constituyen los recursos principales de una comunidad: su dispositivo.

Una de las tareas iniciales del TC es la construcción de un conjunto de redes que permitan que sean realizadas acciones e iniciativas en favor de la comunidad y que estas tengan resultados positivos no solamente para aquellas personas que son llamadas “beneficiarios directos,” sino también para toda la comunidad. La existencia de un dispositivo que funcione es el primer resultado y el primer impacto del tratamiento comunitario. Una de las características de este dispositivo “que funcione” es que provea seguridad para todos. Las redes que constituyen nuestro dispositivo de trabajo son como nuestra casa: necesitan de cuidados cotidianos y de cuidados extraordinarios, necesitan ser limpiadas, reordenada y cuando se rompen hay que repararlas, y cuando es necesario hay que reestructúralas, modificarlas o producir nuevas. Esto es nuestro trabajo de todos los días: cuidar, proteger, fortalecer, desarrollar, reparar el dispositivo de trabajo. Hemos dicho que las redes se construyen desde que metemos el primer pie en la comunidad. Éstas serán el sistema de alianzas que favorecerán y fortalecerán las acciones concretas, los servicios y los procesos implementados a

favor de la comunidad y de sus grupos “meta”.

El punto de partida es el concepto de comunidad que se ha construido y que se utiliza: “Cuando hablamos de comunidad local, en su más sencilla definición, nos referimos a un conjunto de redes sociales que definen y animan un territorio geográficamente delimitado”. Los elementos centrales de este concepto son: (i) un conjunto de redes (que, como vimos, es un dispositivo sistémico), (ii) estas redes definen un territorio, esto significa que dan una forma dinámica y original a la dimensión de lo “local” (pequeñas redes puedan promover grandes movimientos en el interior de las comunidades), (iii) estas redes animan ese territorio, esto significa que contribuyen en construir su cultura (producción de material simbólico), (iv) estos tres aspectos se sustentan y dan sustento a un cuarto: que las redes son por definición abiertas, flexibles y, por esta misma razón, las comunidades locales son también flexibles y abiertas... o que siempre es posible, por medio de las redes, encontrar el lugar en el cual una comunidad se abre hacia otra y también el lugar en el cual la red sabe “ser flexible” sin modificar su estructura (resiliencia y/o persistencia); (v) que lo “local” se refiere al mismo tiempo al componente geográfico/espacial, y a la dimensión cultural y simbólica. Es en consecuencia, por el efecto de la dimensión simbólica que lo local no es ni predeterminado ni estable/fijo, ni definido de una vez por todas, y que por efecto de lo “local” lo simbólico se enraíza también en el dispositivo material y estable (arquitectura, artes visivas etc.) de una comunidad y de esta manera son garantizados los procesos de cambio

• Red subjetiva comunitaria (RSC)

La red subjetiva comunitaria está constituida por todas las personas con las cuales un operador considera tener relaciones amigables (no necesariamente amigos) y que él supone tengan también una relación amigable con él. Se trata entonces de una “relación percibida” a partir del punto de vista del operador. La modalidad más indicada para construir una red subjetiva comunitaria en una comunidad es por medio de las relaciones personales y directas con otras personas, y el contexto más apropiado es por medio de la participación en la vida comunitaria. Como se puede suponer es el trabajo de calle la actividad que da mayores posibilidades de desarrollar una red subjetiva comunitaria.



- **Red operativa(RO)**

Está constituida por los miembros del equipo y las relaciones internas entre los miembros del equipo y las relaciones que los miembros del equipo tienen con cada uno de los nodos de su red subjetiva comunitaria que participan en la implementación de actividades del programa. Este concepto tiene la finalidad de poner en evidencia algunos hechos del tratamiento en general y del Tratamiento Comunitario. El primero es que si observamos una red operativa trabajando, aquello que efectivamente vemos es a un equipo trabajando. Se ha visto que la red operativa está constituida por (i) El equipo de trabajo y las relaciones de sus miembros entre sí. (ii) Las relaciones de cada miembro con los nodos de su red subjetiva comunitaria que participan en la implementación de acciones del programa. (iii) Las relaciones de cada miembro del equipo con los nodos de la red de recursos comunitarios que participan en la implementación de acciones del proyecto.

- **Red de recursos comunitarios (RRC)**

En la óptica del tratamiento comunitario todos los habitantes o miembros de una comunidad local son potencialmente recursos de un proyecto de acción social. Visto desde este punto de vista, todos ellos son socios potenciales en el proyecto. La construcción de la red de recursos comunitarios es un proceso que permite pasar del estado de potencialidad al estado de actuación; que los recursos comunitarios participen directamente en las actividades del programa con sus competencias y con su capital social. La red de recursos comunitarios está compuesta por (i) todas las personas que pertenecen a la comunidad y que pueden ser consideradas recursos para el proyecto o la acción social que se quiere implementar: profesionales en las diversas áreas(salud, educación, trabajo social, abogados, policías etc.); gente común que ejerce oficios diferentes (artesanos, comerciantes, amas de casa etc.), personas que pueden ayudar en las diferentes fases del proceso de Tratamiento Comunitario, (ii) todos los actores institucionales (instituciones del sector público, organizaciones de la sociedad civil en diferentes áreas-salud, deporte, cultura, trabajo social, ocupación y empleo, sindicatos etc.- grupos formales presentes en la comunidad) y las relaciones que ellos tienen con la red operativa y entre ellos. (iii) La red de líderes de opinión no formales que ha sido constituida para fortalecer el tratamiento comunitario (minoría activa).

La existencia de una red de recursos comunitarios es la prueba material de la existencia de un dispositivo de tratamiento comunitario.

- **Red de líderes de opiniones no formales (y formales) (RLO)**

La red de líderes de opinión es el corazón de los recursos comunitarios, su recurso más indispensable. Por ser los líderes de opinión aquellas personas que tienen la capacidad (poder) de influenciar la opinión y las conductas

de otros. Tienen el poder de producir cambios y persistencias, resistencias y cooperación, alergias y sinergias. Se puede llegar a decir que ellos son los agentes de la comunidad mientras que los otros miembros de la comunidad son los actores. El concepto de red de líderes de opinión utilizado en el tratamiento comunitario es el conjunto de actores comunitarios (personas) y sus interconexiones que ejercen una influencia en las opiniones de los otros miembros de la comunidad (incluyendo también a otros líderes de opinión) por medio de sus discursos, de sus actitudes y estilos de vida. Los líderes de opinión son formales e informales. Los primeros son personas que tienen un puesto oficial en instituciones públicas u organizaciones de la sociedad civil, o de la cultura, del deporte etc. Los segundos derivan su influencia de su prestigio y no del puesto oficial que tienen. Su prestigio deriva con frecuencia del hecho que ellos representan los valores y la cultura del grupo para el cual funcionan como líderes de opinión

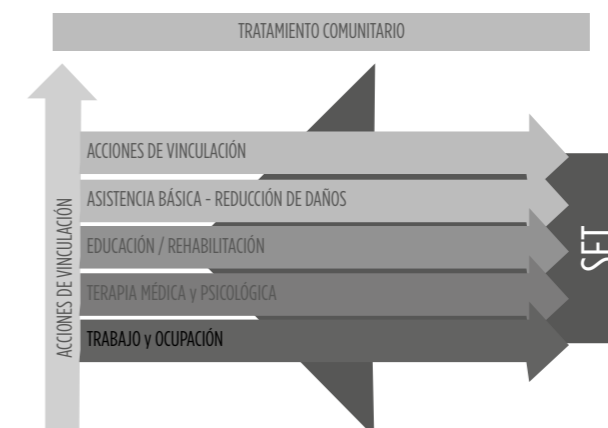
- **Minoría activa**

Una minoría activa está constituida por los actores y agentes comunitarios que siguen desarrollando actividades e iniciativas de tratamiento comunitario, o acciones sociales, después que el equipo se ha ido de la comunidad por causa de la conclusión del programa o por otras razones. La minoría activa es el producto estratégico del Tratamiento Comunitario, es aquello que garantiza su continuidad y el hecho que este se transforme en parte de la cultura comunitaria.

Es decir, tiene una importancia central en el proceso de Tratamiento Comunitario, es lo que todo equipo operativo (“externo a la comunidad) siempre tiene que tener como horizonte de trabajo y conformación.

C. Ejes del tratamiento comunitario

El tratamiento comunitario, se fundamenta en la práctica de cinco aspectos/macro acciones o ejes. Estos elementos o ejes están relacionados y son complementarios; constituyen un sistema abierto no pre ordenado (esto significa que no es necesario iniciar con el primer eje).



c.1) Prevención - organización

El tratamiento comunitario considera a la prevención (entendida como organización) como la primera y fundamental acción de tratamiento comunitario, la estrategia por la cual hay que iniciar, como si la lógica fuera que si no hay prevención no es posible el tratamiento. Este marco operativo ha sido llamado “dispositivo”, su construcción y mantenimiento, su transformación durante el proceso es una de las principales actividades del tratamiento comunitario que se enraíza en las actividades de prevención. Estas últimas tienen entonces dos objetivos: - uno táctico que es hacer prevención siguiendo los lineamientos que han dado resultados positivos, - otro estratégico que es construir el dispositivo para el tratamiento comunitario. (i) La construcción de un dispositivo para poder trabajar en manera segura y eficaz es la primera tarea del tratamiento comunitario y de la reducción del daño; (ii) que la construcción de este dispositivo no es posible sin incluir a todos los actores y recursos existentes (redes) que efectivamente es posible incluir; (iii) que en este proceso de inclusión es útil producir marcos comunes (a veces solamente acuerdos verbales) de diferentes niveles de umbrales y complejidad que garanticen la convivencia, la seguridad), compartir modalidades de trabajo, algunos conceptos y finalidades mínimas; (iv) que la implementación del eje organizativo se integra en las actividades clásicas de la prevención primaria entendida como ese conjunto de acciones que contribuyen en producir el resultado positivo de la prevención misma (evitar el inicio del uso, retardar el inicio de uso, evitar la transición del uso exploratorio hacia otras formas de uso etc., evitar la dependencia), y sucesivamente también de la reducción del daño y de los otros ejes.

c.2) Asistencia básica y minimización-reducción del daño

El segundo eje es asistir (cuidar). En contextos de alta vulnerabilidad y exclusión se observa una significativa ausencia de servicios básicos no solamente de salud sino de seguridad, de alimentación, de higiene. Por esta razón lo que se busca es, en un primer paso, capacitar y sucesivamente (por lo menos en parte) activar redes que sepan cómo se convence, acompaña, ayuda a una persona a lograr pautas de cuidado básico. No se necesitan para eso grandes estructuras, mejor pequeñas, de fácil acceso, ubicadas donde se necesitan, de bajo costo, seguras, gestionadas con la participación de la comunidad. Los territorios comunitarios abiertos y los servicios llamados de bajo umbral gestionados directamente por actores de la comunidad son un recurso precioso. La asistencia básica tiene como finalidad mejorar las condiciones de vida de las personas: higiene, educación básica, salud, alimentación, vivienda, seguridad. En este contexto, como conjunto de prácticas específica se ubica la reducción del daño o minimización de los riesgos. El eje de la asistencia básica sin una articulación con los ejes de prevención/organización y de educación/rehabilitación puede

desembocar en situaciones de asistencialismo estéril y constituir una forma encubierta de complicidad con los procesos de expulsión, marginación y de abandono.

c.3) Educación y Rehabilitación

El tercer eje es educación/rehabilitación. Con este concepto se desea subrayar el lugar central de la educación en los procesos de rehabilitación. En contextos no formales, como son las comunidades abiertas y las redes, las propuestas educativas tienen que articular lo formal con lo no formal y viceversa e incluir aspectos esenciales para la vida cotidiana de las personas. Es por medio de los procesos educativos que se enriquece el dispositivo de aquellas características (capacidades relacionales, conocimientos y competencias “sociales”, capacidad crítica, capacidad de autonomía etc.) que favorecen la ejecución de las iniciativas de los otros ejes en un marco de cooperación activa y protagónica. Entre los aspectos educativos que han sido considerados esenciales en el tratamiento comunitario se encuentran los siguientes: - La comprensión y el uso de las redes sociales (iniciando con las redes primarias o subjetivas). - La comprensión y el uso productivo de las redes de recursos comunitarios (redes de personas- actores individuales- y de entidades -servicios e instituciones). - El descubrimiento y el empoderamiento de las capacidades y recursos que la persona ya posee, de los recursos y capacidades de su contexto inmediato. - La adquisición de una capacidad crítica que fortalezca la autonomía en el juicio y en el pensamiento. - El conocimiento de los derechos y cómo hacer para que sean respetados, y de los deberes y cómo hacer para poderlos respetar.

c.4) Cura médica y psicológica

En el cuarto eje se incluyen las actividades y los procesos de cura médica y psicológica. En el contexto de las curas médicas se pueden incluir todas las acciones de desintoxicación y apoyo médico en su proceso, y en los casos en los cuales se requiere el diagnóstico dual, el apoyo farmacológico, el uso de terapias con fármacos sustitutos² etc. El campo de la intervención médica es amplio mas no es el eje del tratamiento en el área de drogas, sino uno de los ejes. En el contexto de la cura psicológica se incluyen las actividades de diagnóstico individual, familiar, de grupo y de red y los procesos de ayuda (acompañamiento psico-afectivo, orientación, psicoterapia) en los mismos niveles. También el componente psicológico tiene un amplio campo de contribución en el tratamiento comunitario, no es sin embargo -como en el caso de la contribución médica- el eje alrededor del cual se estructura el tratamiento.

c.5) Ocupación y trabajo

El quinto eje busca promover la integración (reinserción) social por medio de la creación de capacidades laborales, fuentes y oportunidades de

² Recordar la importancia de la articulación con equipos e instituciones que puedan dar respuestas con diversos niveles de complejidad. Pueden ser diversas áreas de la Sedronar u otros tipos de instituciones.

trabajo. La experiencia ha evidenciado efectivamente que sin autonomía económica lícita las probabilidades de recaídas en el uso de droga o la permanencia en situaciones de alta vulnerabilidad son muy elevadas. Vincular el trabajo de desarrollo de la comunidad al tema de la integración social (incluyendo la reinserción) es fundamental porque evidencia que si es verdad que el trabajo es un producto social y que en la comunidad este puede producirse, es también verdad que no todas las personas “pueden efectivamente trabajar”. Por esto hablar de desarrollo comunitario significa buscar la construcción de un dispositivo en el cual también aquellos que no pueden trabajar puedan vivir integrados.

D. Sistema Estratégico de Tratamiento (SET)

El SET es el marco lógico del Tratamiento Comunitario, la construcción de pensamiento y conocimiento por medio de la acción, la acción investigadora y de reflexión que saca a flote el sentido de la acción, que ilustra su fuerza y sus limitaciones. El SET es implementado desde el inicio del proceso de TC. Este acompaña la implementación de la constitución inicial del equipo, de su formación de base, del encuentro con la comunidad, de las actividades de enganche y de la construcción de redes.

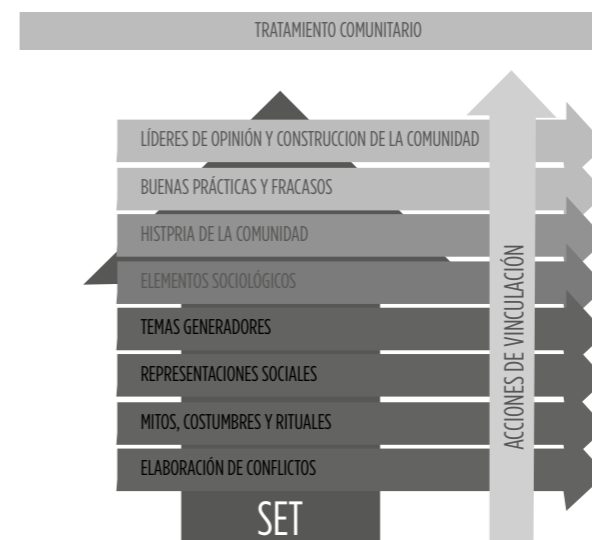
Es una herramienta (un macro proceso) que constituye el fundamento sobre el cual se apoyan los cinco ejes del Tratamiento Comunitario anteriormente desarrollados. Producir conocimiento y producir cambio son dos efectos simultáneos y complementarios, como lo son simultáneas y complementarias las acciones que los producen. **El SET es un sistema de trabajo que considera a la comunidad como sujeto de tratamiento.** Por consecuencia no se refiere en sí a individuos o personas (aunque los incluya) se refiere a la comunidad como un todo.

El objetivo manifiesto del SET es realizar el diagnóstico de la comunidad:

- Mejorar la capacidad de trabajar con la comunidad local promoviendo un encuentro de saberes y conocimientos.
- Mejorar la capacidad de construir redes y entonces de dar forma y vida al dispositivo para el tratamiento comunitario.
- Mejorar el conocimiento acerca de la comunidad local que permita implementar acciones de proceso, superando la necesidad inicial de implementar acciones de enganche.

El SET está compuesto por 8 procesos de trabajo que se articulan entre sí y permiten llevar adelante los objetivos.

Estos procesos, que a fines analíticos se encuentran desagregados más abajo, son parte central del trabajo cotidiano de los equipos operativos en las comunidades; conocer de forma profunda las dinámicas comunitarias, es adentrarnos en el SET, además de participar en ellas, claro está.



d.1) La comunidad local y sus líderes de opinión

Invita a pensar cuál es la representación que ellos tienen de la comunidad que ellos mismo han construido, que mantienen viva, a la cual contribuyen a determinar las dinámicas, los procesos, los contenidos, mitos, formas rituales, los temas generadores, los conflictos y sus soluciones. Se considera que las personas viven sus vidas y toman sus decisiones en función de cómo ellos perciben la realidad externa e interna, independientemente del hecho que su percepción sea verdadera o falsa. La percepción que se tiene de la realidad es mediada por la representación que se tiene de ella y entre representación y percepción existe una retroalimentación constante, sin embargo, primero hay la representación, que orienta la percepción, que le hace ver ciertos aspectos e ignorar otros. Por esta razón lo que se busca construir colectivamente con los líderes de opinión es la representación que ellos tienen de su comunidad, siendo que esta tiene una influencia determinante sobre la percepción, sobre las decisiones, los estilos de las relaciones entre personas y sobre los estilos de vida.

d.2) Análisis de buenas prácticas y de fracasos.

Una comunidad siempre trata de hacer frente a sus problemas (mejor o peor). Es importante evidenciarlas, porque esto es lo que la comunidad sabe hacer y ya ha aceptado. Es probable que otras organizaciones/instituciones hayan estado y sigan allí desde tiempo. También estas experiencias tienen que ser consideradas. Para ello se recomienda: (i) recuperar aquello que la comunidad sabe y sabe hacer en pro de su desarrollo y bienestar (ii) recuperar también aquello que otros actores han hecho en el pasado o tal vez están haciendo en el presente para crear sinergias, colaboraciones, cooperaciones, construir una red de recursos comunitarios.

No se está buscando una valoración objetiva de lo hecho, sino la valoración subjetiva de la comunidad.

d.3) Breve historia de la comunidad

Se pueden entender los orígenes de las dificultades, de cómo han sido su-

peradas (entonces también de los recursos), se puede entender cuáles son los procesos de crisis y resiliencia, cuáles son los conflictos de fondo, los actores en juego y cual juego están jugando. El objetivo no es solamente conocer la historia de la comunidad (cómo se ha fundado, por quien, cuáles han sido sus líderes, cuáles los momentos de fuerza y debilidad y por cuales razones, hasta el presente) sino conocerla juntos de manera que sirva como proceso de reflexión y comprensión.

d.4) Elementos sociológicos

Son informaciones esenciales y críticas acerca de la comunidad como un todo. Sirven para orientar en la toma de decisiones, para entender el sentido de acontecimientos comunitarios, evaluar resultados, establecer “políticas” a nivel local.

El campo de los elementos sociológicos está constituido por dos aspectos: 1-Conjuntar por un lado los procesos por medio de los cuales los actores comunitarios construyen su conocimientos de la comunidad y también el producto de estos procesos; 2- Tener los datos y las informaciones esenciales para poder pensar a la comunidad a partir también de elementos obtenidos siguiendo el método sociológico, etnográfico, demográfico o epidemiológicos.

Esta operación “elementos sociológicos” tiene una doble finalidad. Táctica: producir informaciones para poder tomar decisiones acerca de la comunidad (saber que en una comunidad de 5000 habitantes la proporción de niños de menos de 11 años es del 15% y no del 3% cambia mucho si se desea saber de cuantos profesores se necesitan, de cuantas escuelas, del costo que eso va a tener etc.). Estratégica: producir una representación social de la comunidad sabiendo que esta representación es el sujeto principal del Tratamiento Comunitario. Es en efecto esta representación (con sus elementos de anclaje y objetivación) la que el Tratamiento Comunitario trata de cambiar de manera que sea más inclusiva, menos excluyente.

d.5) Identificación de los temas generadores espontáneos e inducidos

Los temas generadores son argumentos de los cuales habla la gente (espontáneos) y también propuestas de reflexión y profundización del equipo y de las redes operativas (inducidos). Este es el componente del SET por medio del cual se sistematiza y profundiza el trabajo de construcción de sentido y conocimiento acerca de las dificultades, carencias, necesidades, recursos y capacidades de la comunidad.

¿Por qué buscamos a los temas generadores? En la medida en la que los temas generadores representan también a los problemas, las necesidades, etc. y porque son una de las vías maestras hacia la comprensión de la representación social de una comunidad por parte de sus líderes de opinión y la descripción, comprensión y cambio de esta representación social es el

objeto del SET y del Tratamiento Comunitario.

¿Por qué no se ha iniciado por la puerta de los problemas, como en el diagnóstico clásico? Porque los problemas son también una construcción social y en la manera con la cual están contruidos reside, en parte, su respuesta o la imposibilidad de encontrar una respuesta o las maneras para que esta no produzca los resultados esperados. Los actores que participan en su construcción pueden participar también en la búsqueda de las respuestas, los contextos en los cuales los problemas surgen son también aquellos en los cuales se pueden buscar las respuestas.

d.6) Estrategias de anclaje y objetivación (representaciones sociales)

Anclaje y objetivación son los dos procesos por medio de los cuales se producen las representaciones sociales. Es en efecto esta representación (con sus elementos de anclaje y objetivación) la que el tratamiento comunitario trata de cambiar de manera que sea más inclusiva, menos excluyente. Esta representación es el producto de los actores comunitarios, en ella se representan sus relaciones, las relaciones en el interior de sus redes. El cambio de esta representación hace manifiesto el cambio en esas relaciones.

d.7) Mitos, costumbres y rituales

Los mitos son relatos o cuentos que tratan, entre otras cosas, de dar respuesta a las preguntas que no tienen respuesta. Todos los mitos tienen también rituales, es decir prácticas que los celebran. Los actores que celebran estos mitos participan del poder que el mito celebra. Participar en los rituales significa entonces tener poder, tener una identidad, tener un lugar, aunque sea el lugar del excluido. Por esta razón la celebración de los mitos comunitarios es un acontecimiento especial porque funda el sistema del poder en esa comunidad y lo puede cambiar, porque propone un escenario donde algunas cosas permanecen constantes y otras pueden cambiar. La celebración de los mitos es una de las principales oportunidades de persistencia y cambio.

d.8) Conflictos de base en la comunidad

La vida social está llena de conflictos, estos son uno de los motores de las relaciones sociales, una fuente inagotable de energías y de transformaciones, también de destrucciones. Un conflicto es un proceso en el cual dos actores se encuentran en oposición recíproca o son incompatibles.

¿Por qué los conflictos son importantes en el Tratamiento Comunitario? (i) Porque los conflictos son procesos que favorecen la cohesión social y la construcción de la comunidad, su fortalecimiento, a condición que existan maneras y procesos de construcción de desenlaces constructivos para la comunidad. (ii) Porque los conflictos crean espacios en los cuales es posible crear cambios, innovar, renovar, modificar. (iii) Porque los conflictos evidencian las redes y sus intereses dando a todos la posibilidad de introducir en el discurso los intereses de todos. (iv) Porque los conflictos son uno de los escenarios principales de la transformación de las comunidades: allí nacen nuevos mitos y ritos y se transforman los antiguos. (v) Porque la

solución de los conflictos implica la participación activa de todos los actores de una comunidad, si faltan esto, los conflictos se convierten en otros conflictos, se demultiplican o se fragmentan en conflictos menores. (vi) Porque en la solución de los conflictos las comunidades han puesto mucho de su ser, de su saber, de su saber hacer, y esos saberes y “haceres” pueden ser recursos para el tratamiento comunitario.

E. Actividades de vinculación

Las acciones de vinculación son uno de los instrumentos privilegiados de trabajo en la investigación en la acción, y constituyen la base del trabajo del SET. Tienen un objetivo táctico: hacer de inmediato, junto con la comunidad o con alguno de sus miembros, algo que sea concretamente o simbólicamente útil para la comunidad; y un objetivo estratégico: construir y fortalecer relaciones que conduzcan la construcción de redes.

No se trata solamente de la participación en las actividades del proyecto, sino también de una toma de posición consciente frente a lo que sucede en la comunidad.

El TC está compuesto de cinco ejes de acción anteriormente descritos, estos ejes se apoyan y son articulados por dos ejes transversales: el SET (base sobre la cual se apoyan los cinco ejes del tratamiento, ya desarrollado) y las acciones de vinculación. Estas pueden ser consideradas como un dispositivo de acciones que tienen como finalidad construir, mantener, curar el dispositivo del TC.

Las acciones de vinculación, se pueden tipificar en una fase de construcción del dispositivo de la siguiente manera:

-Acciones organizativas: fortalecimiento de grupos no formales o formales que desean ser conocidos por su posición respecto de asuntos de utilidad para la comunidad, organizar mesas de encuentro y debate sobre argumentos de la vida comunitaria, abrir un centro de bajo umbral, articular iniciativas de actores comunitarios que trabajan fragmentados.

- Acciones de asistencia inmediata: participar de la limpieza del parque para que los niños puedan jugar, abrir un baño público para los habitantes de calle.

- Educación no formal: organizar teatro de calle en el cual se explica el uso correcto del preservativo o de los riesgos relacionados al uso de drogas; conectar menores sin escolarización con procesos no formales de recuperación escolar; acompañar niños y niñas que están siendo poco a poco expulsados de la escuela.

- Animación y acciones culturales: organizar o contribuir en organizar una fiesta comunitaria, participar en la organización de eventos deportivos de bajo umbral de acceso.

- Acciones en el área de salud: ayudar a las personas a obtener un registro en el Sistema Nacional de Salud, acompañar a los agentes de salud en sus recorridos, reportar casos necesitados y acompañarlos hacia los servicios de salud.

- Acciones en el área del trabajo: implementar procesos breves de entrenamiento para micro empresa.

Bibliografía

Coordenadas para el diseño de la estrategia de intervención

Sotelo, I. (2007). Clínica de la urgencia, 1ra. Ed. Buenos Aires: JCE Ediciones.

Sotelo, I. y Belaga G. (2008). Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia. Investigación en el Hospital Central de San Isidro. Revista de Investigaciones, UBA. Extraído de:

http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/109_clinica_urgencia/actividades/imagenes/anexo1.pdf

Reflexiones sobre la aplicación de los criterios y estrategias de Reducción de Daños en el uso de sustancias psicoactivas y los consumos problemáticos.

.- Baulenas, Borrás, Magri (1998). “Políticas e intervenciones en reducción de riesgos” Ed. Grup Igia. Barcelona.

.- Comas Arnau Domingo y Arza Porrás(2000): “Niveles, ámbitos y modalidades para la prevención del uso problemático de drogas” publicado en “Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias” Autores Grupo IGIA y colaboradores; Miguel Díaz y Oriol Romaní (Compiladores); Ayuntamiento de Barcelona & Fundación de Ayuda a la Drogadicción; Barcelona.

.- Paveto Ricardo (2010) “Breves cuestiones sobre las políticas de drogas y las estrategias de reducción de daños y riesgos aplicada en materia de adicciones.” Artículo publicado en la “Guía de Orientación a la Magistratura para la Adecuada Atención de las Personas con Consumos Problemáticos de Sustancias Psicoactivas” ISBN 978-987-98154-9-6 - Ciudad de Buenos Aires.- Ediciones Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires.

Abordaje estratégico en Consumos Problemático de Sustancias

Machin, J. y Zorondo M. (2010). INTRODUCCION A MODELO ECO2. Extraído de fuente: http://convivir.org/2014/wp-content/uploads/INTRO-al-modelo_eco-2.pdf

Milanese, E. (2016). Manual de Tratamiento Comunitario, segunda edición 2013 y 2016.

Video de entrevista de Milanese, E. Extraído de fuente: <https://www.youtube.com/watch?v=fXOY85tEKB8>

***Si conocés a alguien que
necesita ayuda llamá al***



@Sedronar



/Sedronar



@Sedronar



/Sedronar