

EFFECTOS DEL AISLAMIENTO SOCIAL EN EL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PERSONAS CON PROBLEMÁTICAS DE CONSUMO

DIRECTOR: GEMINI, Damián

CO DIRECTOR: POLIANSKY, Pablo Nicolás

INVESTIGADORES COLABORADORES: REMESAR, Sergio Esteban (Fundación H. A. Barceló, asesor experto); ANTONACCIO, Daniela Flavia (Fundación H. A. Barceló, Becaria – doctoranda -)

SEDE-LUGAR: IUCS-Fundación Convivir

FECHA: 15/07/21

CONTACTO DEL DIRECTOR: damiangemini@hotmail.com

ÍNDICE

I.	RESUMEN /ABSTRACT	4
II.	INTRODUCCIÓN	6
	a. Planteamiento del problema	6
	b. Preguntas de investigación	9
	c. Antecedentes	9
	d. Marco teórico	10
	e. Objetivos	12
III.	METODOLOGÍA	14
IV.	RESULTADOS	16
	a. Objetivo específico 1	16
	b. Objetivo específico 2	25
	c. Objetivo específico 3	32
	d. Objetivo específico 4	44
	e. Objetivo específico 5	49
	f. Objetivo específico 6	55
V.	CONCLUSIONES	63
VI.	AGRADECIMIENTOS	71
VII.	BIBLIOGRAFÍA	72

I - RESUMEN

En el marco de la pandemia del Covid-19, desde distintos sectores del campo de la Salud Mental se advierten daños psicológicos asociados a las medidas de aislamiento propuestas como método de cuidado necesario para limitar la propagación del virus. En este contexto, las personas con problemáticas vinculadas al uso de sustancias psicoactivas devienen población de riesgo entendiendo que su condición preexistente puede verse agravada.

En consecuencia, los objetivos de esta investigación (que se sostiene en la Salud Mental Comunitaria como marco teórico) se centran en describir y analizar los efectos del aislamiento social en el uso de sustancias psicoactivas en personas con consumos problemáticos desde la perspectiva de los usuarios y las usuarias. Para ello se realizó un diseño exploratorio-descriptivo con triangulación de distintos instrumentos y fuentes para la generación y análisis de datos con metodologías cuantitativas y cualitativas. Se trabajó con una muestra compuesta por personas usuarias de dispositivo que asisten a un centro de tratamiento ambulatorio de una Organización de la Sociedad Civil de Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para la recolección de los datos se relevó información sociodemográfica, clínica y habitacional de interés y se realizaron entrevistas semidirigidas.

Dentro de los resultados obtenidos, se advierte un agravamiento en las problemáticas de consumo durante el período de aislamiento que evidencia un vínculo con situaciones de sufrimiento, dolor y/o malestar vivenciadas por los usuarios y las usuarias. Asimismo, se enfatiza en este escenario la importancia de las redes socio-afectivas y el lugar preponderante que ocupa la actividad laboral en la estructuración del proyecto existencial de las personas.

PALABRAS CLAVE

Aislamiento social, Salud Mental, Sufrimiento psíquico, Trastornos Relacionados con Sustancias

ABSTRACT

In the framework of the Covid-19 pandemic, different sectors of the Mental Health field are warning psychological damage associated with the isolation measures proposed as a necessary care method to limit the spread of the virus. In this context, people with problems related to the use of psychoactive substances become a population at risk, understanding that their pre-existing condition may be aggravated.

Consequently, the objectives of this research (which is based on Community Mental Health as a theoretical framework) focus on describing and analyzing the effects of social isolation in the use of psychoactive substances in people with problematic drug use from the perspective of users. For this, an exploratory-descriptive design was carried out with triangulation of different instruments and sources for the generation and analysis of data with quantitative and qualitative methodologies. We worked with a sample composed of device users who attend an outpatient treatment center of a Civil Society Organization of Buenos Aires City. For data collection, sociodemographic, clinical and housing information of interest was collected and semi-directed interviews were conducted.

Among the results obtained, a worsening in the problems of consumption during the isolation period is noticed, which shows a link with situations of suffering, pain and / or discomfort experienced by users. Likewise, the importance of socio-affective networks and the preponderant place that work activity occupies in the structuring of people's existential project is emphasized in this scenario.

KEYWORDS

Social isolation, Mental health, Psychic suffering, Substance-Related Disorders

II- INTRODUCCIÓN

a) Planteamiento del problema

Las perspectivas sociosanitarias en el marco de la pandemia del Covid-19 muestran, desde sus inicios, un consenso generalizado a nivel global respecto a la presencia de daños psicológicos asociados a la propagación del virus y sus consecuencias. Es así que *The New England Journal of Medicine*, la centenaria e influyente revista de la Sociedad Médica de Massachusetts, publicó el 13 de abril de 2020 un artículo que ubica en primer plano esta coyuntura. Se analizan allí los principales factores estresantes que contribuyen al malestar generalizado y los riesgos psicosociales asociados al Covid-19. Al respecto, sostiene que “Las emergencias de salud pública pueden afectar la salud, la seguridad y el bienestar de las personas (...) y las comunidades (...). Estos efectos pueden traducirse en una variedad de reacciones emocionales (como angustia o afecciones psiquiátricas), comportamientos poco saludables (como el uso excesivo de sustancias) e incumplimiento de las directivas de salud pública (...). Una vasta investigación en salud mental ante desastres ha establecido que el sufrimiento emocional es omnipresente en las poblaciones afectadas, un hallazgo que seguramente hará eco en las poblaciones afectadas por la pandemia de Covid-19.”¹. En consecuencia, el resguardo de la Salud Mental se sitúa como parte de las respuestas sanitarias necesarias ante la pandemia.

En sintonía con lo antedicho, a nivel local, el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, sostiene, desde el inicio de la pandemia, que cuidar la Salud Mental es tan importante como cuidar la salud física, aseverando que “Ante un evento tan disruptivo socialmente como la pandemia actual, es importante tener en cuenta que nuestra salud mental se verá afectada de alguna manera.”². A su vez, a nivel internacional, la ponderación de la asistencia en Salud Mental en el actual contexto de pandemia es señalada por la

¹ Traducción propia del texto original: “Public health emergencies may affect the health, safety, and well being of both individuals (...) and communities (...). These effects may translate into a range of emotional reactions (such as distress or psychiatric conditions), unhealthy behaviors (such as excessive substance use), and non compliance with public health directives (...). Extensive research in disaster mental health has established that emotional distress is ubiquitous in affected populations — a finding certain to be echoed in populations affected by the Covid-19 pandemic.”. Pfefferbaum, B.; North, CS. (2020).

² Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2020).

Organización Mundial de la Salud³ en concordancia con las políticas sobre Covid-19 y Salud Mental referidas por la Organización de las Naciones Unidas⁴.

Más allá de las tensiones psicosociales inherentes a la enfermedad en sí, las directivas masivas de confinamiento en el hogar constituyen un “...emergente con potencialidad de causar sufrimiento psíquico. El sufrimiento psíquico puede ocurrir a consecuencia de un evento o una serie de eventos en determinadas circunstancias en las que una persona o un grupo de personas pueden experimentar daños, y que podrían tener efectos adversos de durabilidad variable en la salud física, mental, emocional, espiritual y social.”⁵. Entonces, como consecuencia del aislamiento, es de esperar el desencadenamiento de “...episodios de angustia, ansiedad, depresión, sensaciones de desesperanza o falta de proyección hacia el futuro...”⁶.

En nuestro país, la implementación de la disposición sanitaria de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO)⁷ se ubica como una medida de cuidado necesaria que ha traído múltiples consecuencias en distintos sectores de la sociedad argentina.

El aislamiento social (coloquialmente llamado “cuarentena”) como método para evitar o limitar la extensión de una enfermedad no constituye, claro está, una estrategia sanitaria nueva (su origen es milenario). Es sabido que, durante los brotes de enfermedades infecciosas, la cuarentena puede ser una medida preventiva necesaria y efectiva; no obstante, la revisión de la evidencia muestra que esta estrategia sanitaria se asocia a efectos psicológicos negativos. La revista británica *The Lancet* así lo sostiene y lo justifica desde los inicios de la pandemia⁸. Asimismo, instala la pregunta: ¿qué se puede hacer para mitigar los efectos psicológicos negativos del aislamiento?

Desde luego, como en cualquier emergencia sanitaria, habrá individuos y grupos más afectados que otros. Según el artículo de la publicación norteamericana antes mencionado, “Algunos grupos pueden ser más vulnerables que otros a los efectos psicosociales de las pandemias. (...) las personas con problemas preexistentes - médicos, psiquiátricos o de uso de sustancias - tienen un mayor riesgo de resultados psicosociales adversos”⁹. En consonancia, la

³ OMS (2020).

⁴ United Nations (2020).

⁵ Poliansky, N. (2020).

⁶ *Ibíd.*

⁷ Mediante el DNU 297/2020 y sus sucesivas actualizaciones. Disponible en: URL: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-297-2020-335741>

⁸ Brooks, SK.; Webster, RK.; Smith LE.; et al (2020).

⁹ Traducción propia del texto original: “Some groups may be more vulnerable than others to the psychosocial effects of pandemics. (...) people with preexisting medical, psychiatric, or substance use problems are at increased risk for adverse psychosocial outcomes.”, Pfefferbaum, B.; North, CS. (2020).

publicación británica plantea la probabilidad de que las personas con problemas de Salud Mental previos necesiten un apoyo adicional durante el período de aislamiento¹⁰.

De lo antedicho se desprende que las personas con problemáticas vinculadas al uso de sustancias psicoactivas se ubiquen como población de riesgo. En consecuencia, “...resulta de interés conocer si se produjeron cambios en el comportamiento social con relación al consumo de determinadas sustancias psicoactivas, entendiendo que el confinamiento y la incertidumbre que produce la existencia de una nueva enfermedad puede generar en la población respuestas psicológicas como estrés, angustia o ansiedad, y que esos estados emocionales pueden a su vez ser disparadores de conductas de consumo y/o incremento de consumo de sustancias psicoactivas.”¹¹

Para finalizar, tengamos en consideración que un modo frecuente para tratar las problemáticas vinculadas al uso de sustancias es la internación prolongada; en reiteradas ocasiones se privilegian los tratamientos residenciales en detrimento de las modalidades ambulatorias. Este uso extendido de las internaciones en nuestro país ocurre a pesar de que la Ley Nacional de Salud Mental limita su prescripción a situaciones puntuales y fija condiciones reguladas de manera precisa respecto a su desarrollo y su duración. Asimismo, es frecuente que los tratamientos residenciales (y la lógica manicomial allí imperante), por las fuertes restricciones que imponen, tengan las características de un aislamiento (prohibición de salir fuera de la institución, ruptura de los vínculos y actividades cotidianas, pérdida de libertades, limitaciones en la capacidad de tomar decisiones). En consecuencia, resulta de interés evaluar adecuadamente los efectos iatrogénicos de estos tratamientos a fin de poder mitigarlos.

Por todo lo antedicho, entendemos que, en el contexto actual, las personas con problemáticas vinculadas al uso de sustancias psicoactivas representan una población de riesgo. En consecuencia, resulta necesario analizar los cambios en los hábitos de consumo advirtiendo que el sufrimiento psíquico que el confinamiento produce puede agravar la problemática. En este escenario, se parte de la premisa de concebir al consumo como una acción subjetiva que se vincula a circunstancias vitales (con frecuencia, adversas). A su vez, advirtiendo que el daño psicológico producto del aislamiento resulta difícil de evitar, contar con evidencia que permita implementar estrategias para mitigar los efectos psicosociales negativos resulta una tarea prioritaria.

¹⁰ Brooks, SK.; Webster, RK.; Smith, LE. et al (2020).

¹¹ Observatorio de Adicciones y Consumos Problemáticos (2020).

b) Preguntas de investigación

En función de los desarrollos referidos nos proponemos responder los siguientes interrogantes:

- ¿Qué efectos psicológicos registran sobre sí los usuarios y las usuarias de sustancias como consecuencia del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio?
- ¿Advierten factores del aislamiento que impacten negativamente en su estado de ánimo, en su relación con los otros, en sus conductas habituales? ¿Cuáles son? ¿Detectan factores que los ayuden a mitigar los efectos negativos del aislamiento? ¿Cuáles son?
- ¿Perciben cambios en sus hábitos de consumo? ¿Cuáles son?
- Las personas que han realizado tratamientos residenciales previos, ¿qué efectos iatrogénicos recuerdan haber padecido entonces? ¿se advierten similitudes entre esas experiencias terapéuticas y los efectos psicosociales vivenciados durante el ASPO? ¿Cuáles son?

c) Antecedentes

El tema del proyecto se desprende, como se detalló, de manera directa de la coyuntura sociosanitaria actual: pandemia global, aislamiento obligatorio en masa, efectos psicológicos asociados y sufrimiento psíquico que pueden incidir en los hábitos de consumo de los usuarios y las usuarias de sustancias psicoactivas. Dada la actualidad y el carácter inédito de esta situación, el conocimiento específico es incompleto, parcial, fragmentado. Asimismo, al calor del avance del tiempo y el transcurso de la pandemia, se producen distintos materiales y documentos (con variados grados de rigor epistemológico) que buscan producir evidencia y analizar la situación actual. En consecuencia, resulta fundamental una constante actualización de los materiales bibliográficos nuevos que ven la luz diariamente¹².

¹² Durante el transcurso de la investigación se recopilaron y analizando distintos documentos en torno a la temática trabajada que se encuentran disponibles en: URL: https://drive.google.com/drive/folders/1YLd_0pnAQY1UztK5EMwKuE7owKLWLhq5?usp=sharing

d) Marco teórico

El presente proyecto utiliza como marco teórico la Salud Mental Comunitaria. Esta perspectiva parte de la presunción de la capacidad de todas las personas y de su posibilidad de rehabilitación social. Se funda en el respeto y la promoción de los Derechos Humanos y brinda herramientas teóricas que apuntan a modificar las prácticas y las acciones de los equipos de salud para acompañar el ejercicio efectivo de esos derechos. A su vez, aspira a superar la cronificación y la estigmatización, así como también a disminuir el incremento de las brechas de atención propios del modelo manicomial¹³. En sintonía con lo antedicho, la Ley Nacional de Salud Mental (al menos en su texto) garantiza el derecho a la protección de la Salud Mental de las personas con padecimientos psíquicos y plantea una modalidad de abordaje comunitario.

Siguiendo los desarrollos de Emiliano Galende, la Salud Mental Comunitaria no ha logrado aún constituir un campo teórico ni un cuerpo de prácticas sistematizado¹⁴, incluso cuando en los últimos años se evidencian grandes avances en cuanto a sus desarrollos y ha cobrado un lugar de relevancia en el ámbito de la Salud Mental a nivel local y mundial. Sintetizando su recorrido, señalamos que la configuración que ha adquirido el campo de la Salud Mental Comunitaria es el resultado del pasaje de la psiquiatría a la Salud Mental, es decir, el abandono de una concepción biologicista de trastornos individuales con una terapéutica asilar, por una conceptualización en la que entran en consideración las condiciones de vida de los sujetos y los colectivos sociales. Esto conlleva a una reformulación de las teorías, las disciplinas intervinientes, las incumbencias profesionales y a una ampliación de los ámbitos y las modalidades de intervención^{15 16}.

Asimismo, en consonancia con las fisuras y los cuestionamientos para con el “Modelo Médico Hegemónico”¹⁷, se evidencia en la actualidad un desplazamiento del eje de la enfermedad hacia el plano del sujeto que ha llevado a introducir el concepto de “sufrimiento psíquico” (o “padecimiento subjetivo”) en la epidemiología crítica y en las prácticas¹⁸. La importancia de este planteo se hace evidente ante la forma extrema que la medicalización ha adquirido en el campo sanitario¹⁹.

¹³ Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2019).

¹⁴ Lodieu, MT.; Longo, R.; Nabergoi, M.; Sopransi, MB. (2012).

¹⁵ *Ibíd.*

¹⁶ Galende, E. (1990).

¹⁷ Menéndez, E. (2005).

¹⁸ Augsburger, AC. (2004).

¹⁹ Stolkiner, A. (2013).

Uno de los componentes necesarios en el que debe fundarse la investigación epidemiológica en el campo de la Salud Mental es el proceso de clasificación de las enfermedades mentales. Esta última se define como un sistema de categorías a las cuales se asignan entidades mórbidas de acuerdo con criterios preestablecidos. En este marco, Ana Cecilia Augsburger plantea la necesidad de incluir el concepto de sufrimiento psíquico a la hora de realizar un ordenamiento y una clasificación de las problemáticas de Salud Mental²⁰. Contrariamente, en este campo ha primado una descripción taxonómica de las enfermedades mentales con base en la nosografía psiquiátrica.

Tanto el capítulo V de la Décima Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (DSM V) son ordenamientos canónicos que giran en torno al concepto de “trastorno mental”. Podemos definirlo como “...un síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar (dolor), a una discapacidad (deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.”²¹. A su vez, este síndrome no debe constituir una respuesta cultural aceptada frente a un acontecimiento, ubicándose como una manifestación individual de una disfunción comportamental, a saber, un desvío respecto a una norma estadísticamente definida.

En este escenario, Augsburger advierte dificultades que existen en la producción científica de los objetos designados como salud y enfermedad, que muchas veces resultan contradictorios y hasta antagónicos. Por otra parte, manifiesta que, en el campo de la Salud Mental, resulta todavía más compleja esta tarea dado que no basta con los criterios médicos que designan una enfermedad: las problemáticas de Salud Mental “...no se ajustan al modelo de razonamiento causal que la clínica asume para definir los fenómenos patológicos, ni se encuadran dentro de la racionalidad de la semiología que relaciona con un significado unívoco síntomas y signos a un evento patológico.”²². Es decir, los problemas de orden mental siguen otra lógica y se resisten a una reducción mediante criterios objetivos de enfermedad propios de la perspectiva nosográfica clásica.

²⁰ Augsburger, AC. (2002).

²¹ *Ibíd.*, p. 63.

²² *Ibíd.*, p. 64.

En la misma línea, Giovanni Berlinguer²³, entre otros autores, propone la necesidad de superar la perspectiva que trabaja con “enfermedades sin sujeto” e incluir el punto de vista subjetivo: cómo vive y afronta su enfermedad y qué consecuencias singulares tiene para el propio interesado y para quienes lo rodean.

Entonces, sobre la base de estas puntualizaciones y fundamentalmente en torno a la idea de rescatar la dimensión subjetiva de los procesos de salud y enfermedad, ponderamos en este estudio el concepto de sufrimiento psíquico como categoría diferenciada de la enfermedad objetivada. En esta misma línea, Emiliano Galende²⁴ sostiene que los eventos actuales que afectan la salud mental no pueden ser descriptos sólo con un conjunto de entidades patológicas definidas. Sostiene que, junto a las patologías llamadas clásicas, emergen nuevas formas de expresión del sufrimiento psíquico. Teniendo en cuenta que la producción de subjetividad está enmarcada en condiciones históricas y culturales concretas, este autor postula la necesidad de comprender el sufrimiento psíquico en función de las cuestiones atinentes al ser y a la existencia, y no según el modelo médico de enfermedad mental.

Asimismo, desde la Salud Mental Comunitaria, se asume el proceso salud-enfermedad-cuidado en un marco de complejidad, por lo que la eficacia de estos abordajes está ligada a que las personas y las comunidades puedan desarrollar habilidades para afrontar los desafíos de la vida, estén integradas en redes afectivas, laborales y educativas, y participen de proyectos colectivos. La Salud Mental Comunitaria redimensiona la reflexión sobre la eficacia al ponderar la dimensión subjetiva de cada proceso, por lo tanto, la eficacia depende de poder singularizar dichas intervenciones en un proyecto terapéutico tanto individual como colectivo²⁵.

e) Objetivos

Objetivo general: describir y analizar los efectos del aislamiento social en el uso de sustancias psicoactivas en personas con consumos problemáticos.

Objetivo específico 1: caracterizar el perfil sociodemográfico de la muestra.

Objetivo específico 2: describir las respuestas psicosociales al aislamiento social en usuarios/as problemáticos/as de sustancias psicoactivas.

²³ Berlinguer, G. (1994).

²⁴ Galende, E. (1997).

²⁵ Bang, C. (2010).

Objetivo específico 3: identificar efectos adversos del aislamiento social en personas con problemáticas de consumo.

Objetivo específico 4: identificar modificaciones en las conductas de los/as usuarios/as respecto al consumo de sustancias psicoactivas durante el aislamiento.

Objetivo específico 5: identificar factores que mitiguen los efectos adversos del aislamiento social en personas con problemáticas de consumo.

Objetivo específico 6: comparar los efectos del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio con los efectos generados por los tratamientos residenciales.

III - METODOLOGÍA

A fin de responder las preguntas planteadas y alcanzar los objetivos propuestos se realizó un estudio exploratorio descriptivo mediante la triangulación de instrumentos e indicadores cuali y cuantitativos.

La muestra está compuesta por 39 personas usuarias de dispositivo que asisten a un centro de tratamiento ambulatorio por consumo problemático de sustancias psicoactivas de una Organización de la Sociedad Civil de Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Las unidades de análisis son cada una de las personas participantes que están en tratamiento ambulatorio por consumo problemático en la institución mencionada. El tamaño de la muestra responde al caudal de pacientes disponibles al momento del trabajo de campo.

Se excluyen de la muestra a los menores de edad, a aquellas personas que no firmen el consentimiento informado y esclarecido²⁶ y a aquellos usuarios y aquellas usuarias que por algún motivo no comprendan los objetivos, procedimientos y alcances de la investigación. Huelga aclarar que el presente estudio prioriza la comunicación clara y la comprensión por parte de las personas participantes respecto a su lugar en el proyecto y a cualquier interrogante que pudiera surgir. Asimismo, se respetaron los lineamientos de las normativas internacionales, nacionales y de Ciudad Autónoma de Buenos Aires sobre los principios de bioética en investigación en Salud Humana lo cual tiene injerencia directa en los procedimientos realizados, la metodología, el trato para con los y las participantes y la difusión de resultados.

Respecto al objetivo específico 1 (eminentemente cuantitativo), que se propone caracterizar el perfil de la muestra, se relevaron datos sociodemográficos (edad, género, nivel de estudios alcanzado, lugar de residencia, prestador de salud) y características clínicas de interés (sustancias de uso, edad de inicio en el consumo, presencia de patología dual, cantidad de tratamientos e internaciones realizados, duración del tratamiento actual) de las unidades de análisis. Estos datos se recabaron de la historia clínica de cada usuario y usuaria y de los informes mensuales de seguimiento y evaluación que realizan los y las profesionales del centro de tratamiento (los datos dudosos o faltantes se obtuvieron en las entrevistas realizadas posteriormente). La información

²⁶ Disponible en: URL:

https://drive.google.com/file/d/1IfbaAZbJRzrQNU1F_PTGoMXrxK36ZEoA/view?usp=sharing

obtenida fue volcada en una ficha²⁷ y, luego, se confeccionó una base de datos²⁸ para su procesamiento y posterior análisis. Asimismo, a los fines de profundizar la caracterización de la muestra, en las entrevistas se recabó información relativa a las condiciones habitacionales y ocupacionales de los y las participantes durante el ASPO²⁹. A continuación, se confeccionó una base de datos adicional con esta información³⁰. Por último, se procedió a la caracterización de la muestra mediante un análisis estadístico (estadística descriptiva y medidas de tendencia central).

Respecto a los objetivos específicos siguientes (de carácter cualitativo) se realizaron entrevistas semidirigidas³¹ a cada una de las unidades de análisis a fin de recabar información relativa a: respuestas psicosociales, efectos adversos (y acciones o situaciones que los mitiguen), modificaciones en el estado de ánimo, la relación con los otros y las conductas cotidianas, cambios en los hábitos de consumo³² y efectos iatrogénicos de los tratamientos residenciales. Luego, se procedió al análisis del discurso de los entrevistados y las entrevistadas (ubicando recurrencias, divergencias, frecuencias de aparición en los contenidos) en articulación con las definiciones operativas de las categorías y con textos de referencia de las temáticas abordadas.

Por último, es necesario aclarar que cada objetivo específico presenta características propias que exceden este apartado. En consecuencia, en la sección “Resultados” de este documento (p. 16) se realizan las precisiones metodológicas propias de cada uno de ellos en particular, así como también se explicitan las categorías intervinientes en cada caso y su correspondiente definición operativa.

²⁷ Disponible en: URL:

https://drive.google.com/file/d/1Kh67erfkC_f9kAVWDzJEYnST4xGXYXuv/view?usp=sharing

²⁸ Disponible en: URL: https://drive.google.com/file/d/1SyFE7D2L42X_V47JXfVp-KpobojbSKUD/view?usp=sharing

²⁹ Ver apartado “A) Preguntas sobre aislamiento” del guion para entrevistas. Disponible en: URL: <https://drive.google.com/file/d/1slbh1JgFABr3LEGPwnyszJYMxkc22V7o/view?usp=sharing>

³⁰ Disponible en: URL:

https://drive.google.com/file/d/1VP2AG7LpsIpLdaPMpASAJToByks_wWSH/view?usp=sharing

³¹ Ver guion para entrevistas. Disponible en:

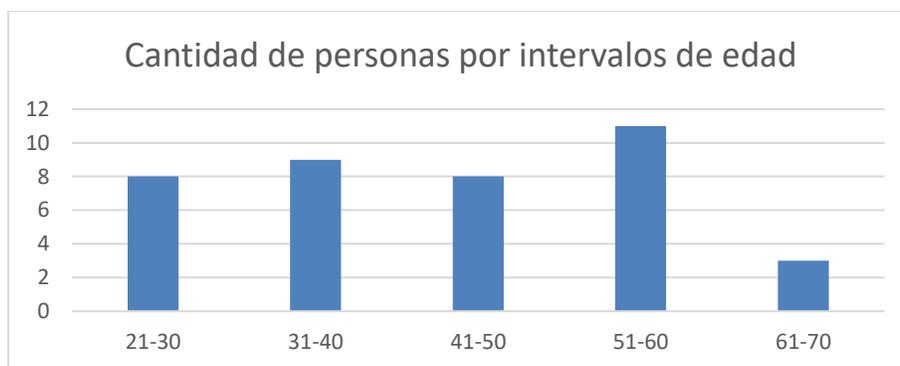
<https://drive.google.com/file/d/1slbh1JgFABr3LEGPwnyszJYMxkc22V7o/view?usp=sharing>

³² Estas categorías, claro está, adquieren su significado durante el período aislamiento.

IV - RESULTADOS

a) OBJETIVO ESPECÍFICO 1: caracterizar el perfil sociodemográfico de la muestra.

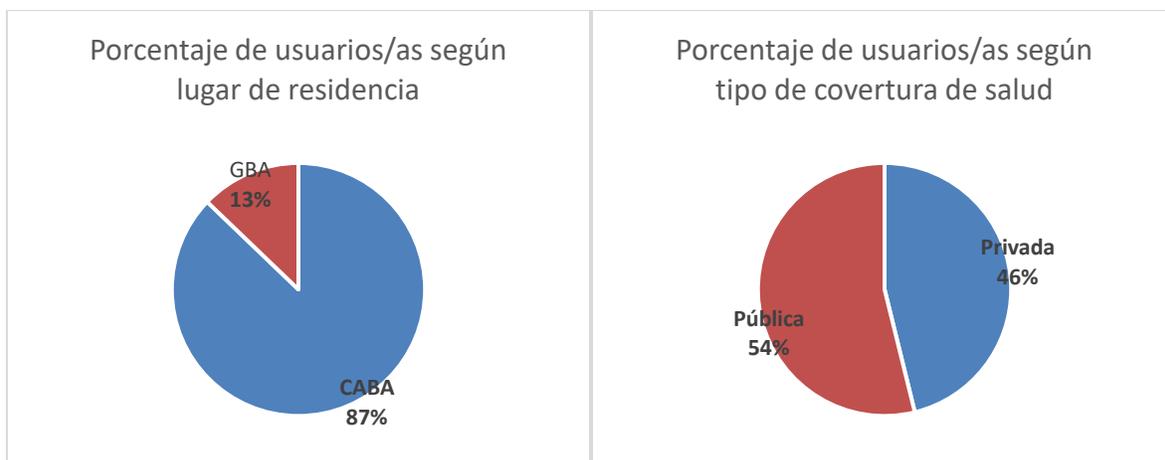
La cantidad de usuarios y usuarias que participaron del estudio fue de 39 personas, de las cuales, 17 fueron mujeres y 22 fueron hombres. No hay participantes transgénero ni personas no binarias (es decir, aquellas que no se autoperciben como varón ni como mujer y que pueden identificarse con un tercer género o con ninguno³³). El promedio de edad de la muestra es de 44 años, siendo la edad mínima 21 y la edad máxima 66. El siguiente gráfico, que agrupa participantes por intervalos de edad, nos muestra su distribución.



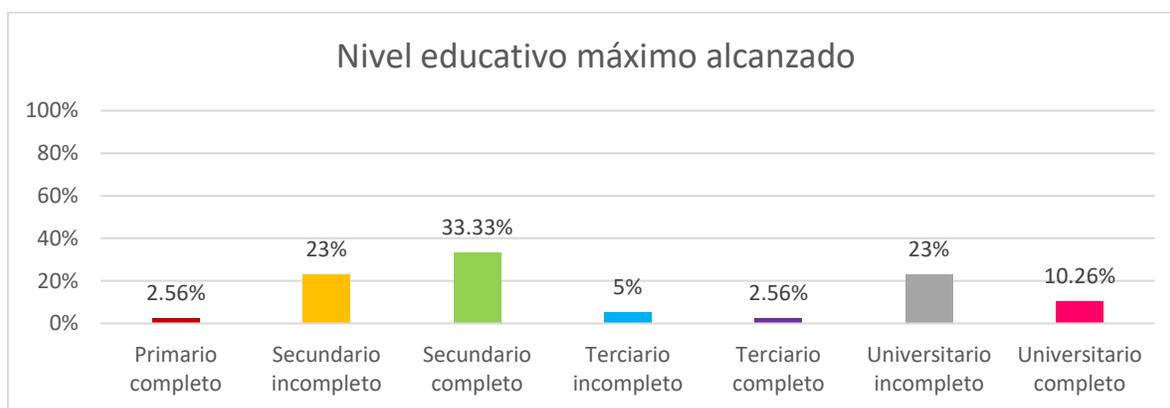
Respecto al lugar de residencia, el 87,2% refiere vivir en Ciudad Autónoma de Buenos Aires (34 personas) mientras que el 12,8% restante lo hace en Gran Buenos Aires (5 personas).

Por otra parte, el tipo de cobertura de salud se divide casi en partes iguales: el 46% de los y las participantes tiene obra social o prepaga (18 personas) y el 54% realizan tratamiento como becarios y becarias de la Dirección de Políticas Sociales en Adicciones del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (21 personas).

³³ Esta situación, habitual en los centros de tratamiento tanto ambulatorios como residenciales, instala la pregunta respecto a las dificultades en el acceso a la salud de las minorías sexuales.



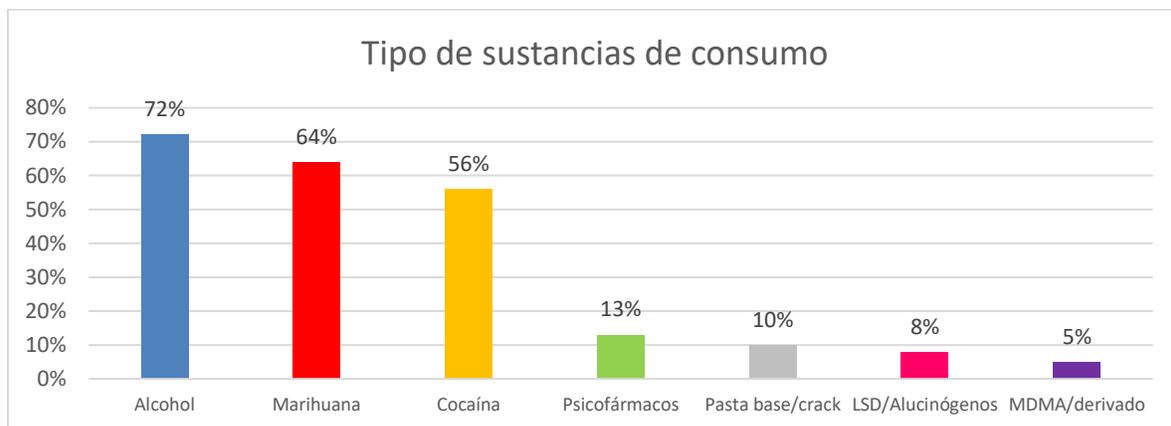
En lo relativo al nivel de estudios alcanzado por los usuarios y las usuarias, la mayor cantidad, el 33,3%, tiene el secundario completo (13 personas) y, luego, el 23% tiene el secundario incompleto (9 personas). Igual cantidad refiere tener estudios universitarios incompletos (9 personas), mientras que el 10,2% de la muestra manifiesta haber completado sus estudios universitarios (4 personas). Por último, el 5,1% (2 personas) tiene educación terciaria incompleta, el 2,6% ha completado el nivel terciario (1 persona) e igual porcentaje refiere tener la primaria completa (1 persona). No hay participantes en la muestra que no hayan completado sus estudios primarios ni que carezcan de educación formal. Estos datos evidencian la transversalidad de las problemáticas de consumo que no se reducen a una cuestión socioeducativa.



Dentro de las variables clínicas de interés relevadas para enriquecer la caracterización de la muestra, se destaca el hecho de que el 43% de la muestra presenta patología dual³⁴ (17 personas).

Respecto al uso de sustancias psicoactivas, el promedio de edad de inicio de consumo es de 18,4 años, con una edad de inicio mínima de 11 años y una edad máxima de 53. Asimismo, la mediana se ubica en los 16 años y la moda en los 18.

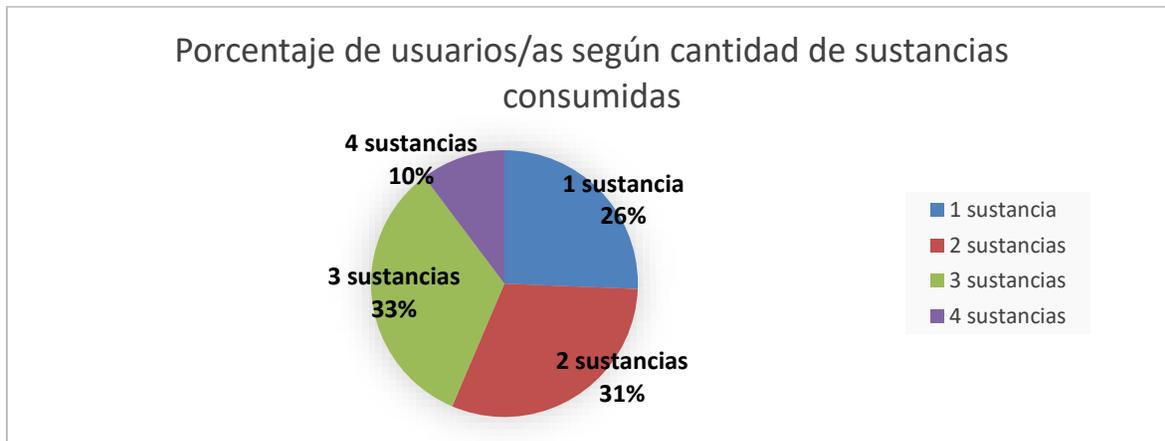
En relación al tipo de sustancias de uso, el 72% de las personas participantes de la muestra refiere consumir (o haber consumido) alcohol, el 64% marihuana, el 56% de cocaína. Con porcentajes sustancialmente menores aparecen el uso de psicofármacos sin prescripción médica (13%), la pasta base/crack (10%), el LSD/alucinógenos (8%) y el MDMA/derivados (5%). No hay usuarios ni usuarias que refieran consumir inhalantes ni opiáceos. Advertimos con claridad una alta prevalencia de consumo de alcohol, sustancia psicoactiva de fácil acceso, amplia tolerancia social y escasa regulación estatal.



Respecto a la cantidad de sustancias psicoactivas consumidas, el 33% de los y las participantes refiere consumir o haber consumido 3 sustancias distintas (13 personas), el 31% 2 sustancias (12 personas) y el 10% 4 sustancias diferentes (4 personas). Sólo el 26% de la muestra

³⁴ La Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) define el diagnóstico dual como "...aquel que surge de la detección de una enfermedad que designa la existencia simultánea de un trastorno adictivo y otro trastorno mental, o la intersección de ambas disfunciones. Es decir que el diagnóstico dual hace referencia a los casos en los que la persona presenta un padecimiento de salud mental de base y de forma simultánea presenta un consumo problemático de sustancias". Sociedad Española de Patología Dual (2019). Szerman, Nestor MD: "Patología Dual, protocolos de intervención: Introducción a la conceptualización de la patología dual". Sociedad Española de Patología Dual. Madrid, febrero 2019. Disponible en: URL: <https://patologiadual.es/wp-content/uploads/2019/02/0-intro-pdual-dr-szerman.pdf>

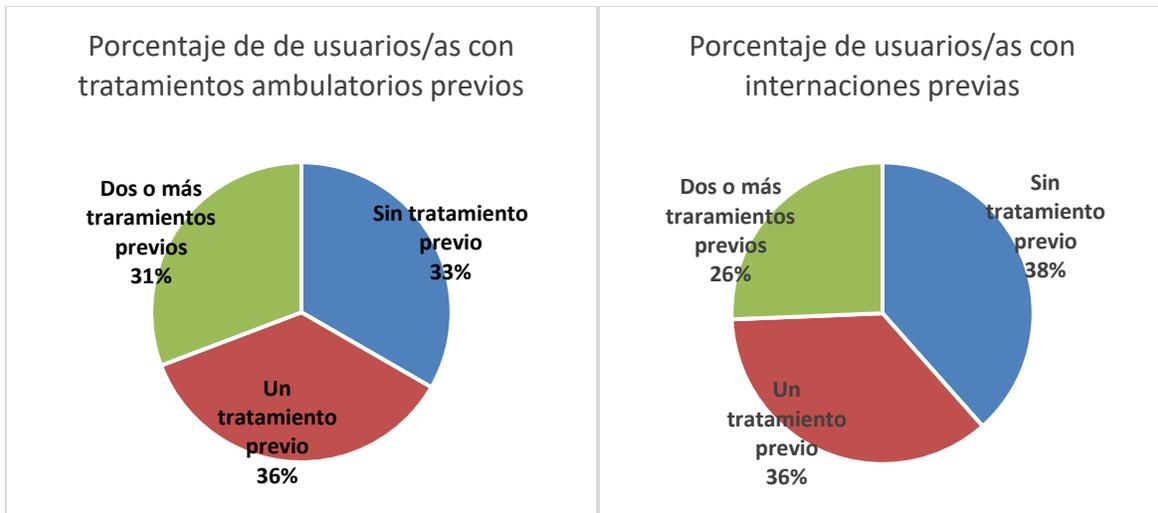
manifiesta consumir 1 sólo tipo de sustancia (10 personas), lo cual da cuenta de que el policonsumo es una realidad frecuente de los usuarios y usuarias de sustancias.



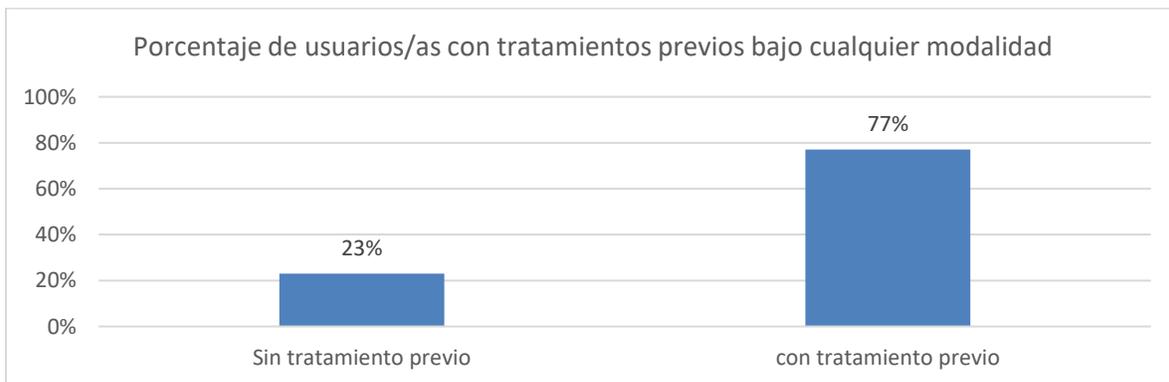
Por el lado de los tratamientos previos realizados, el 35,9% de los usuarios y las usuarias tiene 1 tratamiento ambulatorio previo (14 personas), el 30,8% cuenta con 2 tratamientos previos (12 personas) mientras que el 33,3% de la muestra refiere no haber realizado tratamientos anteriores en la modalidad ambulatoria (13 personas)³⁵.

Respecto a las internaciones se advierten similares proporciones: el 35,9% de los y las participantes manifiesta haber estado internado o internada en una ocasión por alguna problemática de Salud Mental vinculada al uso de sustancias (14 personas), el 25,6% tiene 2 o más internaciones en su historial (10 personas) y el 38,5% refiere nunca haber estado internado o internada (15 personas).

³⁵ Recordemos que actualmente todos/as los/as participantes del estudio se encuentran en tratamiento por problemáticas vinculadas al consumo de sustancias bajo la modalidad ambulatoria.

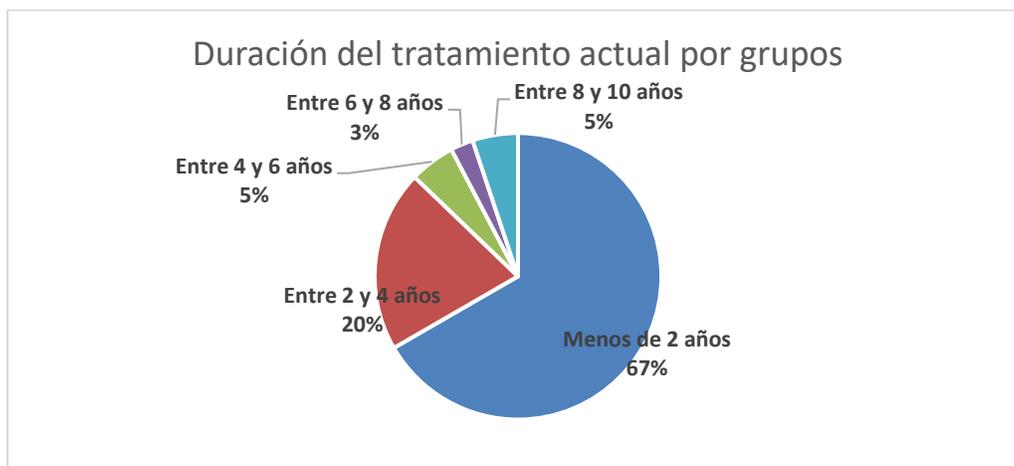


En suma, del total de las personas entrevistadas, sólo el 23% no realizó ningún tipo de tratamiento por problemáticas de consumo con anterioridad (9 personas). Es decir que el 77% de la muestra realizó al menos un tratamiento previo, siendo el que realiza en la actualidad, de mínima, el segundo. Además, resulta pertinente mencionar que, de las personas sin tratamientos previos, el 55,5% tienen, como máximo, 30 años de edad. Estos datos ponen de manifiesto la cronicidad de la problemática y la vulnerabilidad de las personas usuarias de sustancias; asimismo, instalan la pregunta sobre la eficacia de los tratamientos que se ofrecen y las dificultades en poder brindar soluciones a largo plazo.



Respecto a la duración del tratamiento ambulatorio que realizan actualmente los usuarios y las usuarias³⁶, se evidencia una amplia dispersión: los períodos van desde 2 meses hasta 117 meses (es decir, 9 años y 9 meses). El promedio de duración es de casi 2 años (23,5 meses).

Asimismo, al agruparlos, advertimos que la mayoría, 66% de la muestra, realiza el tratamiento actual desde hace menos de 2 años (26 personas), el 20% muestra una duración de entre 2 y 4 años (8 personas), el 5% cursan un tratamiento de entre 4 y 6 años (2 personas), el 3% de entre 6 y 8 años (1 persona) y el 5% restante de entre 8 y 10 años (2 personas).



Respecto a la información relativa a las condiciones habitacionales (que resulta de interés dada la situación de aislamiento en el hogar), el 41% de la muestra refiere vivir solo o sola (16 personas), el 30% manifiesta vivir con 1 otro u otra (12 personas), el 15% comparte la vivienda con dos ocupantes (6 personas), mientras que el 14% restante convive con 3 o más (5 personas).

Continuando con esta caracterización, el 15% de la muestra dice vivir en un monoambiente o alquilar una habitación en un hotel (6 personas), el 28% refiere tener 1 habitación en su casa (11 personas), el 20% 2 habitaciones (8 personas) y el 36% cuenta con 3 o más habitaciones (14 personas).

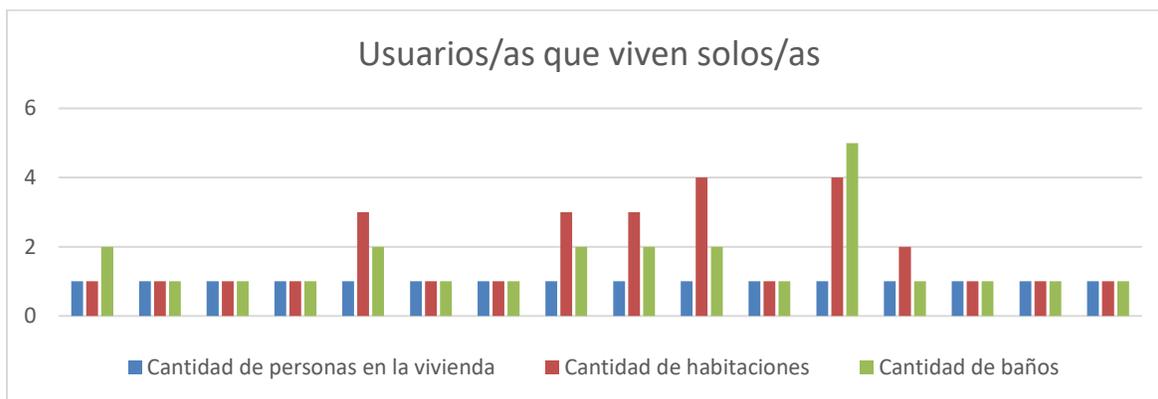
Analizando estas variables podemos afirmar que los usuarios y las usuarias de la muestra no padecen condiciones de hacinamiento³⁷.

³⁶ Para calcular el tiempo de tratamiento se tomó como momento de corte la fecha en que se realizó la entrevista, es decir, se contaron los meses transcurridos desde el inicio del tratamiento hasta el día en que fueron entrevistados/as.

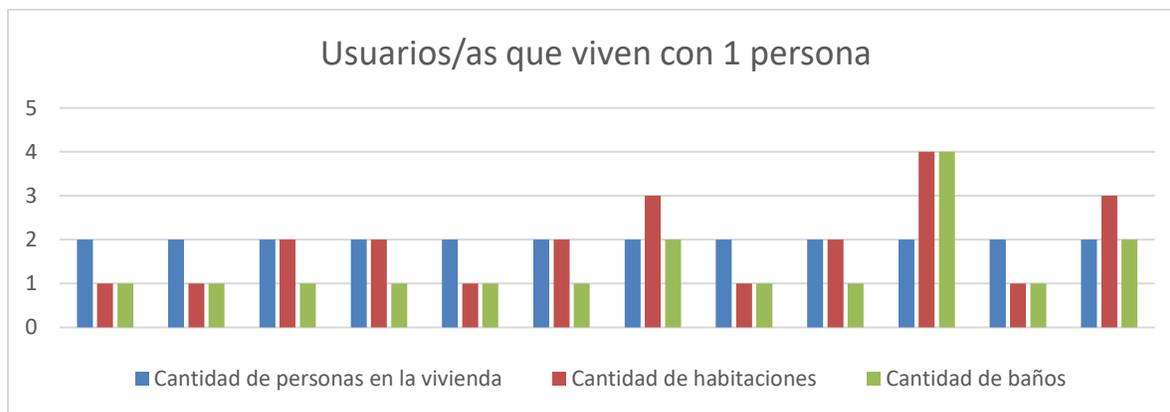
³⁷ En todos los casos en índice de hacinamiento (personas habitando la vivienda / número de dormitorios en la vivienda) es menor a 2,4.

Asimismo, se relevaron la cantidad de baños por vivienda: el 10% de los usuarios y usuarias refiere compartir el baño con otros habitantes ajenos a su grupo conviviente (4 personas), el 54% dice tener 1 baño en su casa (21 personas), el 28% 2 baños (11 personas) mientras que el 8% dispone de 4 o más baños en su vivienda (3 personas).

Entonces, los/as 16 participantes de la muestra que viven solos y solas tienen un promedio de 0,55 personas por habitación y 0,64 personas por baño³⁸. El siguiente gráfico nos muestra su distribución.



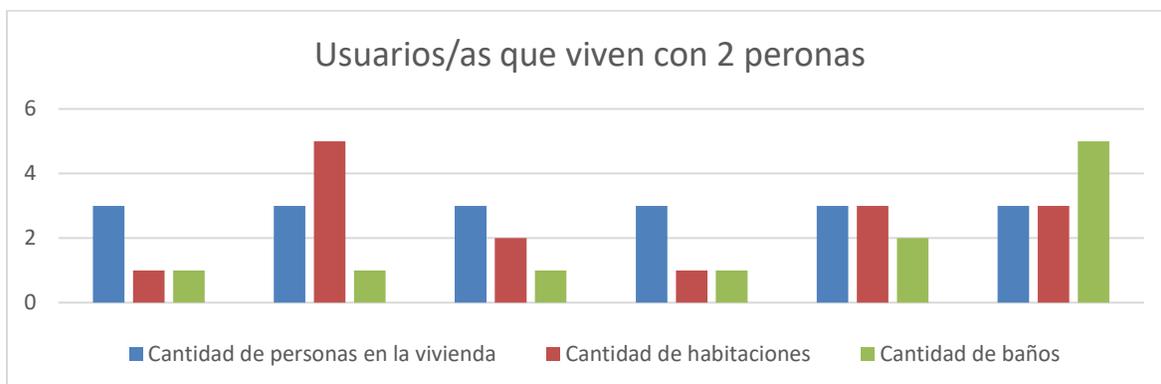
Los/as 12 participantes que conviven con otra persona muestran un promedio de 1,04 personas por habitación y 1,41 personas por baño³⁹.



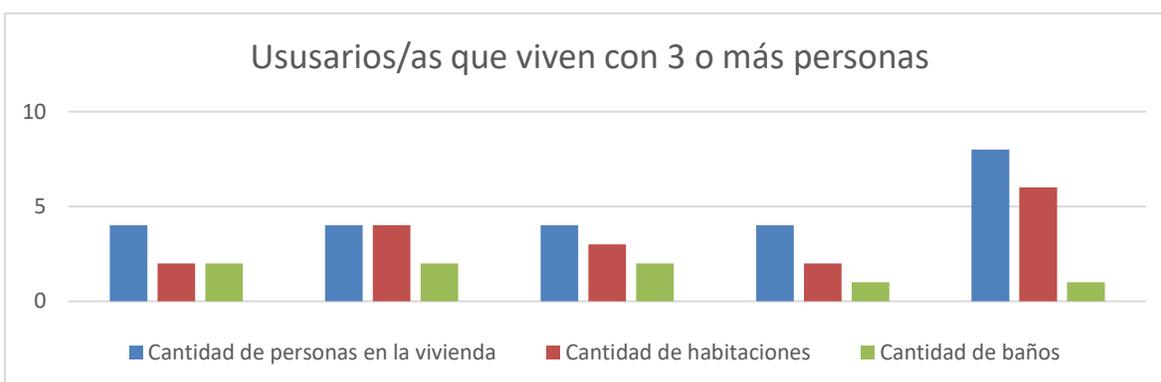
³⁸ Resulta pertinente aclarar que 3 de estas 16 personas manifiestan vivir en un monoambiente o alquilar una habitación en un hotel. De igual forma, 2 de esas 16 refieren tener acceso a un baño compartido.

³⁹ 2 de estas 12 personas vive en un monoambiente o alquila una habitación en un hotel y 1 refiere tener acceso a un baño compartido.

Por el lado de los/as 6 participantes que conviven con 2 personas, se advierte un promedio de 1,2 personas por habitación y 1,6 personas por baño⁴⁰.



Por último, los/as 5 participantes que conviven con 3 o más personas muestran un promedio de 1,4 personas por habitación y 3 personas por baño.



A su vez, podemos agregar a la información habitacional que el 73,3% de los usuarios y las usuarias disponen de espacio al aire libre en su vivienda y que todas las personas de la muestra cuentan con acceso a internet en sus casas (aunque el 28% refiere tener problemas frecuentes de conexión).

Para finalizar, señalamos que el 28,2% de la muestra manifiesta haber estado “algunos días” en contacto de manera virtual (mediante llamadas, videollamadas, mensajes) con otros y otras durante el período de aislamiento (11 personas). Igual porcentaje optó por responder que “muchos

⁴⁰ 1 de estas 6 personas vive en un monoambiente o alquila una habitación en un hotel y 1 refiere tener acceso a un baño compartido.

días” estuvo en contacto mientras que el 43,6% refiere haber tenido contactos virtuales con otros y otras “casi todos los días” (17 personas).

Asimismo, se les preguntó a los y las participantes con qué frecuencia usaron redes sociales durante el período de aislamiento: el 15,4% refiere que “nunca” (6 personas), el 2,6% sostiene que “algunos días” (1 persona) y el 5,1% dice que “muchos días” (2 personas). La mayoría de la muestra, el 64,1%, refiere haber usado redes sociales “casi todos los días” durante el ASPO (25 personas).

Respecto al área ocupacional, el 64,1% de la muestra trabajaba antes del período de aislamiento (25 personas), el 5,1% sostiene que trabajaba y estudiaba (2 personas) y el 37,8% no trabajaba ni estudiaba (12 personas). Esta situación se vio modificada durante el ASPO: el 46,1% de los y las participantes refieren haber trabajado durante el aislamiento (7 personas de manera virtual, 8 de manera presencial y 2 bajo ambas modalidades), el 12,8% refiere haber cursado estudios de manera virtual, mientras que el 59% dice no haber trabajado ni estudiado durante el confinamiento.

En suma, de las personas que trabajaban antes del ASPO, el 44% no tuvo continuidad laboral durante el aislamiento (11 personas). Como contraparte, los usuarios y las usuarias que no trabajaban antes de ese período, continuaron sin hacerlo durante el mismo.

En sintonía con estos datos, más de la mitad de los y las participantes de la muestra (el 53,8%) refiere que sus ingresos se modificaron negativamente durante el aislamiento (es decir, percibieron menos dinero que antes).

b) OBJETIVO ESPECÍFICO 2: describir las respuestas psicosociales al aislamiento social en usuarios/as problemáticos/as de sustancias psicoactivas

PRECISIONES METODOLÓGICAS

La pregunta de investigación que guía el presente objetivo enuncia: ¿qué efectos psicológicos registran sobre sí los usuarios y las usuarias de sustancias como consecuencia del aislamiento social preventivo y obligatorio? Este análisis traza una primera aproximación respecto a las respuestas psicológicas percibidas por los y las participantes que se complementa en los siguientes objetivos específicos mediante desarrollos más precisos.

Para indagar la categoría “efectos psicológicos” se realizaron preguntas abiertas relativas a las emociones, los pensamientos y los sentimientos percibidos por los usuarios y las usuarias durante el ASPO⁴¹. A fin de sistematizar las respuestas se confeccionó una grilla para ordenar la información recabada⁴² y, luego, se analizaron las recurrencias y las divergencias de los discursos en articulación con la definición operativa de la categoría en cuestión.

ANÁLISIS

En el marco del presente proyecto, las categorías efectos psicológicos y respuestas psicosociales son equivalentes⁴³. Se las define como respuestas adaptativas ante situaciones conflictivas con potencialidad de provocar padecimiento mental.

En el contexto de pandemia, entendemos que la extensión del virus y las medidas de aislamiento, en tanto ruptura de las condiciones de vida habituales de las personas, pueden implicar “...una perturbación psicosocial que sobrepasa la capacidad de manejo o afrontamiento de la población afectada”⁴⁴ y producir efectos en la salud mental de las personas⁴⁵. Dentro de las manifestaciones psicológicas necesarias en la búsqueda de un nuevo equilibrio, “...no todas pueden calificarse como patológicas, la mayoría debe entenderse como reacciones normales ante

⁴¹ Ver apartado “B) Preguntas sobre respuestas psicológicas percibidas” del guion para entrevistas. Disponible en: URL: <https://drive.google.com/file/d/1slbh1JgFABr3LEGPwnyszJYMxkc22V7o/view?usp=sharing>

⁴² Disponible en: URL:

<https://drive.google.com/file/d/1RCzOiRSeAYKH3HuEsrkPK2NmnI81NeRs/view?usp=sharing>

⁴³ Esta homologación se desprende de los textos de referencia consultados.

⁴⁴ OPS (2006), p. 1.

⁴⁵ Análogamente, en los escenarios de emergencias y desastres, “Las reacciones psicosociales dependen de factores como la exposición al evento, lesiones propias, la pérdida de un ser querido, el nivel de apoyo de la familia y de las instituciones, la separación de su hogar, entre otros.” Abeldaño, R.; Lucchese, M.; Fernández, A. (2015), p. 246.

situaciones de gran significación o impacto.”⁴⁶. Es decir, las respuestas psicosociales son manifestaciones subjetivas ante situaciones disruptivas.

Análogamente, desde el enfoque cognitivo-conductual, se habla de “estrategias de afrontamiento” vinculadas a situaciones problemáticas para referirse a los esfuerzos realizados por las personas para hacer frente a las demandas internas y ambientales que exceden los recursos actuales con que se cuenta. Estos procesos entran en funcionamiento en situaciones de desequilibrio para modular el impacto recibido y son entendidos como recursos subjetivos.⁴⁷

Estos procesos, no siempre garantizan el bienestar, pero sirven para generar, evitar o disminuir los conflictos. En suma: “...el afrontamiento se trata una forma de manejar situaciones que puedan generar estrés en el individuo, con las que busca tolerar, minimizar, aceptar o ignorar aquello que sobrepasa sus capacidades, ya sea resignificando el estímulo, a través de las acciones, pensamientos, afectos y emociones que el individuo utiliza a la hora de abordar la situación desbordante. Por tal motivo el afrontamiento forma parte de los recursos psicológicos o psicosociales que el individuo utiliza para hacer frente a situaciones estresantes...”⁴⁸

Por otra parte, la CIE-10 se refiere en este punto a la “reacción al estrés grave y trastornos de adaptación”. Esta categoría “...incluye trastornos identificables no sólo en base a su sintomatología y evolución, sino también a la existencia de una u otra de las siguientes dos influencias causales: un suceso vital excepcionalmente estresante que produce una reacción aguda de estrés, o un cambio vital significativo que induce circunstancias desagradables prolongadas, el cual da como resultado un trastorno de adaptación.”⁴⁹. Asimismo, excluye “el estrés psicosocial menos grave («sucesos vitales»)” dado que “su importancia etiológica no siempre es clara”, y “el cuadro depende de la vulnerabilidad individual” del paciente. De esta forma, considera que los sucesos vitales no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del trastorno; contrariamente, sitúa a los trastornos agrupados en esta categoría “...como consecuencias directas del estrés agudo grave o del trauma prolongado. El suceso estresante o las circunstancias desagradables prolongadas constituyen el factor causal primario y esencial”⁵⁰. En suma, “Los trastornos en esta categoría pueden ser considerados así como respuestas adaptativas patológicas

⁴⁶ OPS (2006), p. 5-6.

⁴⁷ Cf. Macías, M.; Madariaga Orozco, C. et al (2013), p. 125.

⁴⁸ *Ibíd.*, p. 128.

⁴⁹ OPS (1995).

⁵⁰ *Ibíd.*

al estrés grave o prolongado, en el sentido de que interfieren con los mecanismos de adaptación normales, por lo cual inducen un deterioro del funcionamiento social del paciente.”⁵¹. Advertimos, con claridad, el énfasis puesto en la enfermedad y en el desvío de la norma estadísticamente definida; en este punto, nuestro estudio se aleja de esa perspectiva.

Sin desconocer los desarrollos previamente mencionados, el presente proyecto se diferencia de ellos en algunos puntos. Primeramente, resulta de central interés a nuestro estudio destacar el valor de la vivencia subjetiva del padecer y ponderar la voz de los usuarios y las usuarias, así como también cuestionar la patologización de procesos vitales que implican malestar, pero no necesariamente enfermedad. Nos apoyamos en la Salud Mental Comunitaria como marco de referencia⁵² y priorizamos el uso de la categoría “sufrimiento psíquico” (o “padecimiento subjetivo”)⁵³.

En sintonía con lo antedicho, la Ley Nacional de Salud Mental (marco regulador e instrumento de defensa de nuestras prácticas) refiere, como objetivo principal, “...asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental...”⁵⁴. Vemos con claridad que, desde el inicio, se hace referencia al “padecimiento mental” y no la enfermedad o el trastorno. Esto implica un cambio sustancial en la conceptualización de las problemáticas de salud mental, que involucra, a su vez, una transformación en los modos de intervención.

Como parte del mismo movimiento, esta denominación toma distancia de la perspectiva nosográfica clásica que ubica el acento en lo psicopatológico de la condición enferma. Esta última, delimitación, siguiendo a Alicia Stolkiner⁵⁵, se concreta por un triple movimiento: individualizar el proceso de salud-enfermedad-cuidado, reducir el padecimiento psíquico a la psicopatología y ontologizar el cuadro psicopatológico. El saldo de esta operación es la ausencia de la dimensión subjetiva de quien la padece⁵⁶. De manera opuesta, la categoría “sufrimiento psíquico” coloca al sujeto que padece en primer plano sin homologarlo a la enfermedad.

⁵¹ *Ibíd.*

⁵² Ver subapartado “Marco teórico” del presente documento (p. 10).

⁵³ Esta categoría será analizada en detalle en el objetivo específico 3.

⁵⁴ Ley Nacional de Salud Mental (2010), artículo 1°.

⁵⁵ Stolkiner, A. (2013).

⁵⁶ Augsburger, AC. (2002).

Tomando en consideración los desarrollos explicitados y el posicionamiento propuesto, se ordenan e interpretan los dichos de los y las participantes de la muestra.

Respecto al contenido de las entrevistas, en una primera aproximación, advertimos que la mayoría de los usuarios y las usuarias (23 de los/as 39 participantes) al ser interrogados con preguntas abiertas vinculadas a sus emociones, sus pensamientos, sus sentimientos (y sus modificaciones) durante el período de aislamiento, refieren haber percibido con claridad efectos negativos del orden del padecer (subcategoría A). El espectro de los malestares vividos es amplio: algunos y algunas advierten leves padecimientos, mientras que otros y otras refieren perturbaciones de gran escala. Las siguientes citas reflejan ambos polos con claridad.

- *“Al principio me sentí un poco asfixiado, muy encerrado, después me fui adaptando y últimamente me ayuda mucho la terapia...”* (Usuario de 30 años)
- *“Los primeros tiempos, acatando todas las disposiciones... tuve mis momentos de depresión, pero pensaba «esto lo tengo que pasar».”* (Usuaria de 60 años)
- *“Psicológicamente el aislamiento me afectó muchísimo, muy agotador. Empezaron a surgirme pensamientos negativos de todo tipo... violentos, preocupaciones en mi cabeza, generaba problemas que no existían y todo eso llevó a una depresión, una angustia, empecé a consumir más y como que el encierro me estaba matando. (...) psicológicamente me afectó bastante, me empezaron a pasar cosas que no me pasaban antes...”* (Usuario de 33 años)
- *“Muchas veces luchaba con la idea de quitarme la vida, muy depre, muy mal de guita, muy sola. La soledad me pegó terriblemente mal. (...). Y al final me agarraron como ataques de pánico, taquicardia, me faltaba el aire, no podía salir. Y fumaba y fumo muchísimo tabaco, desde la cuarentena que empecé a fumar mucho más.”* (Usuaria de 56 años)

Asimismo, dentro de esta subcategoría, la vivencia negativa que más frecuentemente es mencionada en este primer acercamiento es la sensación de estar “encerrado/a” (8 usuarios y usuarias la refieren de manera espontánea).

- *“Recuerdo una sensación de encierro, de no poder moverse como uno quisiera.”* (Usuario de 57 años)

- *“Los primeros 2 o 3 primeros meses fueron duros (...) No me sentía cómodo de estar todo el día acá encerrado en mi casa, no salía a ningún lado, no tenía contacto con la gente, me quedaba en mi casa.”* (Usuaría de 53 años)

A su vez, en un segundo lugar de importancia, los dichos de los usuarios y las usuarias refieren un estado anímico “deprimido” (6 de ellos y ellas lo manifiestan).

- *“Podría decir que tuve una gran depresión y lo único que valoro es que no me drogué y que no tuve ningún intento de suicidio.”* (Usuaría de 56 años)
- *“...hubo un tiempo en que no salí nada nada de casa y eso hizo que empezara a deprimirme y tuve pensamientos y deseos de consumo.”* (Usuario de 22 años)

Continuando con el análisis de esta subcategoría, en una frecuencia menor que en los casos anteriores, algunos y algunas participantes ubican en primer plano el hecho de advertir que, durante el aislamiento, se agudizaron problemáticas preexistentes.

- *“... yo ya estaba medio deteriorado a nivel consumo, pero la cuarentena me hizo muy mal, en el sentido de aumentar mucho mi consumo: (...) se intensificó el consumo y empecé a pasarla mal y tener problemas a nivel físico (...). Cuando empecé con los temas físicos me agarró mucha angustia (...). La pandemia agudizó también mi tema de sociabilizar, porque por el consumo dejé de hablar por teléfono, dejé de atender llamadas, dejé de llamar, obviamente hubo que dejar de encontrarse. Y yo soy un tipo super sociable, necesito ese contacto con la gente...”* (Usuario de 55 años)

Por último, en este primer acercamiento, dentro del grupo de participantes que destacan la percepción de efectos negativos, se presentan otros padecimientos: el miedo, la intranquilidad, la angustia, la impotencia, la necesidad de “adaptarse”⁵⁷.

⁵⁷ Huelga aclarar que algunos y algunas participantes refieren situaciones de padecimiento y malestar que no se desprenden, según su decir, de la pandemia y las medidas de aislamiento (conflictos vinculares, recaídas de consumo, síntomas de distinta índole). Estos sucesos vitales quedan al margen de nuestro análisis.

Por otra parte, dejando de lado aquellos y aquellas participantes que enfatizan los padecimientos vividos durante el aislamiento, 10 de los y las 39 entrevistados y entrevistadas destacan como característica preponderante las fluctuaciones en sus emociones, sus pensamientos, sus sentimientos durante el ASPO (subcategoría B), una suerte de labilidad emocional.

- *“Durante la cuarentena me sentí de muchas maneras...con ganas de hacer muchas cosas, feliz, triste, angustiada.”* (Usuaría de 22 años)
- *“De distintas maneras, empecé bien, después tuve un poco de bajón... después levanté, después me estabilicé. Tuve varios estadios.”* (Usuaría de 52 años)

Continuando con esta primera aproximación a los efectos psicológicos percibidos por los y las participantes, son 8 usuarios y usuarias de la muestra que destacaron, de manera espontánea, efectos positivos que tuvo el aislamiento en ellos y ellas (subcategoría C).

- *“Para mí fue maravilloso. Fue un encuentro. (...) primero fue reencontrarme con mis hijos, me puse de lleno con la recuperación, (...), me conecté con mi casa, con la comida, con la cocina. Ayudé a mis hijos con las clases por zoom desde casa, acompañando el proceso de aprendizaje (...). Además, me hizo bien porque volví al trabajo de forma paulatina, al principio de manera remota.”* (Usuaría de 43 años)

Por último, algunos y algunas participantes (5 de los/as 39 entrevistados/as) refieren, como respuesta primera, percepciones de extrañeza ante el aislamiento (subcategoría D).

- *“No sé bien cómo me sentí, todo raro, todo nuevo, el contacto con la familia...”* (Usuaría de 45 años)
- *“No sé, es confuso. Tenía, por un lado, herramientas para estar bien. Tenía internet, tenía una compañera, tenía para comer... en un momento fueron como vacaciones, pero después se puso medio denso.”* (Usuario de 35 años)

En síntesis, dentro de las respuestas psicológicas percibidas por los usuarios y las usuarias de la muestra ante el escenario disruptivo planteado por las medias de aislamiento, se desprenden las siguientes subcategorías ordenadas de manera decreciente respecto a su frecuencia de aparición:

- Subcategoría A: efectos negativos del orden del padecer⁵⁸ (23 personas lo refieren).
- Subcategoría B: fluctuaciones en las emociones, los pensamientos, los sentimientos (10 personas lo refieren).
- Subcategoría C: efectos positivos (8 personas lo refieren).
- Subcategoría D: percepciones de extrañeza (5 personas lo refieren).

⁵⁸ Serán analizados de manera pormenorizada en el objetivo específico 3.

c) OBJETIVO ESPECÍFICO 3: identificar efectos adversos del aislamiento social en personas con problemáticas de consumo

PRECISIONES METODOLÓGICAS

Las preguntas de investigación que guían el presente objetivo enuncian: ¿advierten los y las participantes de la muestra factores del aislamiento que impacten negativamente en su estado de ánimo, en su relación con los otros, en sus conductas habituales? ¿Cuáles son? Este análisis complementa, mediante un estudio más preciso, los desarrollos del objetivo específico 2⁵⁹.

Para indagar el impacto negativo del aislamiento observado por los usuarios y las usuarias se realizaron preguntas relativas al sufrimiento psíquico padecido y las modificaciones percibidas en el estado de ánimo, la relación con los otros y las conductas de la vida cotidiana durante el ASPO⁶⁰. A fin de sistematizar las respuestas se confeccionó una grilla para ordenar la información recabada⁶¹ y, luego, se analizaron las recurrencias y las divergencias de los discursos en articulación con las definiciones operativas de las categorías en cuestión. y con textos de referencia sobre las temáticas abordadas.

ANÁLISIS

Sobre el sufrimiento psíquico

Primeramente, señalemos que el artículo 1° de la reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental (2013) define al padecimiento mental como “...todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples, componentes...”⁶². Se observa aquí que, si bien el sufrimiento psíquico incluye los trastornos y la enfermedad mental, los excede,

⁵⁹ Tal y como se analizó previamente, el objetivo específico 2 realiza un primer acercamiento y estudia las respuestas adaptativas generales de los y las participantes ante el ASPO (utilizando preguntas abiertas); por su parte, el objetivo específico 3 se centra sólo en los efectos adversos percibidos por ellos y ellas mediante interrogantes más focalizados.

⁶⁰ Ver apartado “B) Preguntas sobre respuestas psicológicas percibidas” del guion para entrevistas. Disponible en: URL: <https://drive.google.com/file/d/1slbh1JgFABr3LEGPwnyszJYMxkc22V7o/view?usp=sharing>

⁶¹ Disponible en: URL: <https://drive.google.com/file/d/1VE4qPk3nnxhfGr-OF8oAPUMU5Kpq5E3M/view?usp=sharing>

⁶² Decreto 603/2013, artículo 1°.

abarcando otros padecimientos que, aunque no están circunscriptos a una taxonomía diagnóstica tradicional, pueden requerir la intervención de profesionales de la salud. Otra cuestión a destacar es que esta definición implica un proceso en el que se incluyen componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, acorde a la definición integral de Salud Mental que la Ley propone⁶³.

Asimismo, para el presente análisis, nos apoyamos en los desarrollos de Ana Cecilia Augsburger. Siguiendo sus conceptualizaciones, dentro de las respuestas psicosociales ubicamos en primer plano al malestar subjetivo que no se identifica necesariamente como una enfermedad mental objetivada, dado que “Adoptar la noción de enfermedad mental supone una serie de limitaciones para reconocer e identificar situaciones de padecimiento que no son homologables a las entidades patológicas...”⁶⁴. A su vez, advirtiendo que la perspectiva gnoseográfica clásica excluye explícitamente las vivencias singulares y la dimensión subjetiva del padecimiento, es importante comprender que “...la emergencia del sufrimiento psíquico no conduce necesariamente a la enfermedad, puede tanto precederla como ser divergente de ella.”⁶⁵.

Esta distinción entre sufrimiento y patología resulta particularmente importante para el presente estudio al concebir que “...en el campo de la salud mental se presentan múltiples expresiones que indicando sufrimiento o malestar no pueden encuadrarse en la categoría de enfermedad.”⁶⁶. De esta forma, trabajar con la noción de sufrimiento psíquico (sin desconocer sus límites) impide ocuparse exclusivamente de las llamadas enfermedades mentales “...para adentrarnos en las diversas maneras en que el dolor forma parte de los procesos vitales...”⁶⁷.

Destacamos, entonces, siguiendo a Alicia Stolkiner, “...la complejidad de la producción de sufrimiento, dolor o malestar, y a la imposibilidad de reducirlo a una objetivación nosográfica...”⁶⁸, lo que nos permite ampliar el campo de comprensión de las problemáticas en Salud Mental descentrándolas de la ontologización psicopatologizante⁶⁹.

⁶³ Ley Nacional de Salud Mental, artículo 3º: En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

⁶⁴ Augsburger, AC. (2004), p. 72.

⁶⁵ *Ibíd.*, p. 75.

⁶⁶ *Ibíd.*, p. 78.

⁶⁷ Stolkiner, A. (2013), p. 2.

⁶⁸ *Ibíd.*, p. 18.

⁶⁹ La necesidad de este enfoque fue desarrollada *in extenso* en el subapartado “Marco teórico” del presente documento (p. 10).

Por su parte, Mabel Burin⁷⁰, otra de las autoras que problematiza las nociones de salud y enfermedad, privilegia el término “malestar”, entendido como un conflicto cuyo origen es social y se relaciona con las leyes de la cultura en tanto opresoras⁷¹. En la misma dirección, Augsburger recupera textos clásicos de Freud - como *Totem y tabú* (1913), *Psicología de las Masas* (1921) y *El Malestar en la cultura* (1930) - donde se considera como etiología del sufrimiento humano la vida en sociedad y se analiza la función de las instituciones sociales como reguladoras de las relaciones y productoras de subjetividad. Asimismo, para pensar el amplio abanico de problemáticas que conciernen a la Salud Mental, contempla las coordenadas históricas, culturales, sociales, económicas, que enmarcan la producción de subjetividad y que son generadoras de malestares y sufrimientos psíquicos. Destaca, entonces, que las transformaciones y crisis que atraviesan tanto la vida en sociedad como las condiciones de vida en el ámbito familiar son espacios de generación de situaciones críticas que pueden contribuir al surgimiento de padecimiento psíquico; por consiguiente, deben construirse categorías que las describan adecuadamente, sin considerarlas necesariamente en términos de patologías.

En conclusión, Augsburger afirma que, por lo dicho anteriormente, es imperioso deconstruir el objeto de la investigación epidemiológica en Salud Mental, postulando que las categorías o lógicas con que se agrupan aquellos deben ser sensibles y adecuadas a los problemas actuales que presenta la Salud Mental de los individuos y las poblaciones. De esta manera, la calidad de vida, el grado de autonomía, la percepción subjetiva de sufrimiento, la existencia de necesidades subjetivas, las vicisitudes y experiencias de vida son algunos de los componentes que pueden contribuir a precisar una nueva propuesta en Salud Mental. Si se comprende y reconoce al sufrimiento humano como un problema socialmente producido, en contextos culturales y socio históricos definidos y no como un problema exclusivamente biológico o psicológico (en sentido restringido), se torna necesariamente crítica la mirada sobre los sistemas clasificatorios que no contemplan estas dimensiones sociales, culturales o institucionales.

El hecho de excluir de las clasificaciones todos aquellos eventos de la salud que, pese a ser percibidos por aquellos que sufren, no alcanzan el estatuto de enfermedades y por tanto no son diagnosticados ni registrados, tiene como consecuencia su descalificación como problemáticas de salud, lo cual conlleva a su desatención. Proponer, entonces, la distinción entre la epidemiología

⁷⁰ Burín, M. (2010).

⁷¹ Esta autora analiza particularmente la opresión hacia las mujeres.

psiquiátrica y una nueva epidemiología en Salud Mental apunta a mostrar el punto ciego en torno a la visualización y la capacidad explicativa de las formas actuales que adquieren los procesos de salud y enfermedad mental. Como sostiene Augsburger, un nuevo paradigma epidemiológico para la Salud Mental debe tender a introducir medidas de salud positivas de las poblaciones, así como ampliar la comprensión del papel central de los factores culturales, sociales e institucionales en la producción de la salud mental.

Adentrándonos en el discurso de los y las participantes de la muestra, advertimos que las modificaciones en los vínculos con los/as otros/as durante el ASPO se erigen como la principal causa de sufrimiento psíquico padecido. De esta forma, al ser interrogados/as sobre aquellas situaciones o circunstancias que generaron sufrimiento, dolor o malestar durante el aislamiento⁷², la distancia respecto de los seres queridos (subcategoría A) muestra un peso sustancial (13 de los/as 39 lo refieren).

- *"...no estar con mis hijas me hizo sufrir. En la primera etapa no estuve con mis hijas y fue muy duro."* (Usuaría de 33 años)
- *"...en un montón de ocasiones me sentí mal (...) Extrañar más que nada... a mis hermanas, a mi vieja, mi viejo, a mis hijos principalmente, el no poder salir te mantiene acá encerrado y la cabeza no sabés cómo te carbura."* (Usuaría de 29 años)
- *"Sufrimiento y dolor por no haber podido pasar mi cumpleaños con mis hijos. Estuve 2 meses aislado, solo acá... un poco deprimido, no sabía qué hacer... mal."* (Usuario de 47 años)

Asimismo, en relación con lo antedicho, la mitad de los entrevistados y las entrevistadas manifiestan haberse sentido solos y solas durante el aislamiento (18 de los/as 39 lo refieren).

- *"El tema de no poder ver periódicamente a mis hijos me hizo sentir solo (...). Comunicarme solo por mensaje de texto o por teléfono es lo que más me jodió y me sigue jodiendo."* (Usuario de 57 años)

⁷² Ver apartado "B1) Preguntas generales" del guion para entrevistas. Disponible en: URL: <https://drive.google.com/file/d/1slbh1JgFABr3LEGPwnyszJYMxkc22V7o/view?usp=sharing>

- *"Me sentí sola en varias oportunidades porque no tenía a nadie acá cerca de mi casa, estaba lejos de todos mis seres queridos."* (Usuaría de 29 años)
- *"Al no poder juntarse con gente o que te visiten o visitar gente la soledad se incrementó, el sentimiento de soledad fue creciendo. Además, sin tener actividades era todo el día estar sin hacer nada... la verdad que fue horrible."* (Usuaría de 48 años)

Continuando con el análisis de la categoría sufrimiento psíquico, el virus y la posibilidad de enfermar aparecen como fuente de preocupación, intranquilidad y temor (subcategoría B). Este factor se presenta en el discurso de casi la mitad de los y las participantes (17 de ellos y ellas lo refieren). Asimismo, se destaca como preponderante la preocupación y el temor por la salud de algún familiar antes que por la propia.

- *"...mi abuela no sale y yo sí y tengo que tener todos los recaudos, porque si yo llego acá con el virus la mato en una semana. Mi vieja también, con el cáncer que había tenido... me genera mucha preocupación."* (Usuario de 45 años)
- *"Yo no tengo miedo por mí del COVID sino por mi mamá de 82, que yo se lo lleve."* (Usuaría de 52 años)
- *"... el miedo a contagiarme, que se contagien mis viejos, eso sí me preocupa (...), pero ahora estoy un poco más tranquila que al principio, tengo esperanza en la vacuna..."* (Usuaría de 43 años)

A su vez, en el decir de los usuarios y las usuarias, se advierten malestares padecidos en torno a la actividad laboral y al dinero durante el ASPO (subcategoría C). Este factor se presenta también con una frecuencia considerable, aunque un poco más baja que los anteriores (12 personas lo refieren).

- *"...mi mamá, mi papá y mis hermanos estaban allá en provincia, sin trabajo, encerrados, no muy bien económicamente... hubo falta y eso me preocupaba."* (Usuaría de 29 años)
- *"Me preocupó quedarme sin trabajo y no saber cómo iba a hacer para pagar el alquiler, la pasé mal con eso. (...). Eso fue lo que más me llenó de incertidumbre, lejos."* (Usuario de 27 años)

- *"La falta de trabajo me hizo mal, no había oferta laboral, lo cual hacía que me preocupara muchísimo y muchas veces fue causa de una recaída (...). La falta de trabajo fue clave. (...) no tener trabajo te quita todas las posibilidades."* (Usuaría de 48 años)

Continuando con el análisis de la categoría sufrimiento psíquico, encontramos en el decir de los entrevistados y las entrevistadas, con una frecuencia similar a la anterior subcategoría, un malestar vinculado a las medidas de aislamiento en sí mismas (subcategoría D): el “encierro”, las limitaciones, las restricciones y la incertidumbre en torno a la duración de la cuarentena (11 personas lo refieren).

- *"Me daba miedo el no saber qué es lo iba a pasar a futuro. La incertidumbre, si iba a poder salir o no, si en algún momento se iba a terminar el tema de la cuarentena."* (Usuaría de 29 años)
- *"Me generaba temor el hecho de cómo iba a seguir sosteniendo el encierro, como te dije la vida social y cultural es algo que consumo y en eso soy bastante activo. Por eso temía que no terminase nunca y uno termine de por vida encerrado."* (Usuario de 30 años)
- *"Por ahí el malestar era el no poder... yo soy muy callejera, entonces salir era muy corto, hacer media cuadra para la derecha, media cuadra para la izquierda... en los primeros tiempos. Esas limitaciones me hacían sufrir."* (Usuaría de 60 años)

Luego, se destaca el sufrimiento psíquico vinculado al uso de sustancias⁷³ (subcategoría E): inquietud ante deseos de consumo, temor a una posible recaída, padecimientos por situaciones de consumo efectivamente ocurridas (9 personas lo refieren).

- *"...hubo un tiempo en que no salí nada nada de casa y eso hizo que empezara a deprimirme y tuve pensamientos y deseos de consumo. (...) Me daba miedo tener una recaída de sustancias que no sean alcohol... estupefacientes como marihuana y otras cosas."* (Usuario de 22 años)
- *"Me causó preocupación verme cada vez más inmersa en la droga."* (Usuaría de 33 años)

⁷³ Las cuestiones relativas al consumo de sustancias durante el período de aislamiento serán abordadas de manera pormenorizada en el análisis del objetivo específico 4.

Por último, otros factores menos frecuentemente mencionados por los y las participantes son: las noticias (y el tratamiento que los medios de comunicación realizan de los contagios, las muertes, las restricciones y sus daños⁷⁴), el descreimiento respecto a una posible solución frente a la pandemia y el agravamiento de problemáticas previas (depresión, ansiedad, ataques de angustia, problemas físicos de salud).

En síntesis, en base al discurso de los usuarios y las usuarias advertimos, dentro de la categoría sufrimiento psíquico, los siguientes factores estresantes percibidos por orden decreciente de importancia:

- Subcategoría A: la distancia respecto de los seres queridos (13 personas lo refieren y 18 manifiestan haberse sentido solas)
- Subcategoría B: los riesgos y daños ante la posibilidad de enfermarse de Covid-19 (17 personas lo refieren).
- Subcategoría C: los malestares vinculados a la actividad laboral y el dinero (12 personas lo refieren).
- Subcategoría D: el padecimiento respecto a las medidas de aislamiento en sí mismas (11 personas lo refieren).
- Subcategoría E: los malestares vinculados al uso de sustancias (9 personas lo refieren).

Sobre el estado de ánimo

Continuando con la perspectiva propuesta en el apartado anterior, para definir la categoría estado de ánimo nos apoyamos, primeramente, en el descriptor DeCS⁷⁵. Allí se lo define como “El tono emocional que acompaña a una idea o representación mental”⁷⁶.

⁷⁴ En este punto, ponderamos la actualidad y la relevancia que tiene el concepto de infodemia, definido como “...una sobreabundancia de información, en línea o en otros formatos, e incluye los intentos deliberados por difundir información errónea para socavar la respuesta de salud pública y promover otros intereses de determinados grupos o personas.”, OMS (2020). “Gestión de la infodemia sobre la COVID-19: Promover comportamientos saludables y mitigar los daños derivados de la información incorrecta y falsa”, disponible en: URL: <https://www.who.int/es/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation>. Si bien es un tema que excede al presente estudio, destacamos su importancia entendiéndolo que la información errónea puede perjudicar los logros conseguidos en materia de salud y fomentar el incumplimiento de las medidas dispuestas poniendo en peligro la capacidad de los países de hacer frente a la pandemia.

⁷⁵ Herramienta creada por el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud.

⁷⁶ DeCS, Descriptores en ciencias de la salud. <https://decs.bvsalud.org/>

Asimismo, nos servimos, parcialmente en este punto, de la CIE-10. Esta clasificación entiende a los trastornos del ánimo como una perturbación que “...consiste en una alteración del humor o de la afectividad, que tiende a la depresión (con o sin ansiedad concomitante), o a la euforia. Este cambio del humor se acompaña habitualmente de modificaciones en el nivel general de actividad, y la mayor parte de los demás síntomas son secundarios a esos cambios del ánimo y de la actividad, o bien, fácilmente explicables en el contexto de los mismos. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes, y a menudo el comienzo de cada episodio se relaciona con sucesos o situaciones generadores de estrés.”⁷⁷.

Entonces, apoyándonos en estos desarrollos, analizamos en este apartado las modificaciones en el tono emocional percibidas por los y las participantes de la muestra durante el período de aislamiento (en tanto situación generadora de estrés). Huelga aclarar que estos cambios afectivos, desde nuestra perspectiva, no son homologables de manera automática a un trastorno y que, en ocasiones, son signo de salud antes que de enfermedad.

Respecto a los dichos de los y las participantes de la muestra, al ser interrogados sobre su estado de ánimo durante el aislamiento⁷⁸, se advierte con claridad una inclinación hacia el polo distímico de la afectividad (tendiente a la depresión): 17 personas de la muestra refieren haberse sentido “algunos días” decaídos/as, deprimidos/as o con poco interés en hacer cosas durante el aislamiento. Asimismo, 12 personas se percibieron así durante “muchos días” y 9 personas refieren que “casi todos los días” han padecido este humor durante el ASPO. Por el contrario, sólo 1 persona de la muestra sostiene que “nunca” ha estado decaída, deprimida o con poco interés durante ese período.

Respecto a ansiedad, los niveles que se advierten son aún mayores: 15 personas de la muestra refieren haber estado ansiosas o inquietas “casi todos los días” durante el aislamiento, 10 usuarios y usuarias sostienen que “muchos días” se sintieron así y 12 participantes manifiestan que sólo “algunos días” padecieron esa inquietud. Por último, sólo 2 personas refieren no haberse sentido “nunca” ansiosas durante el ASPO.

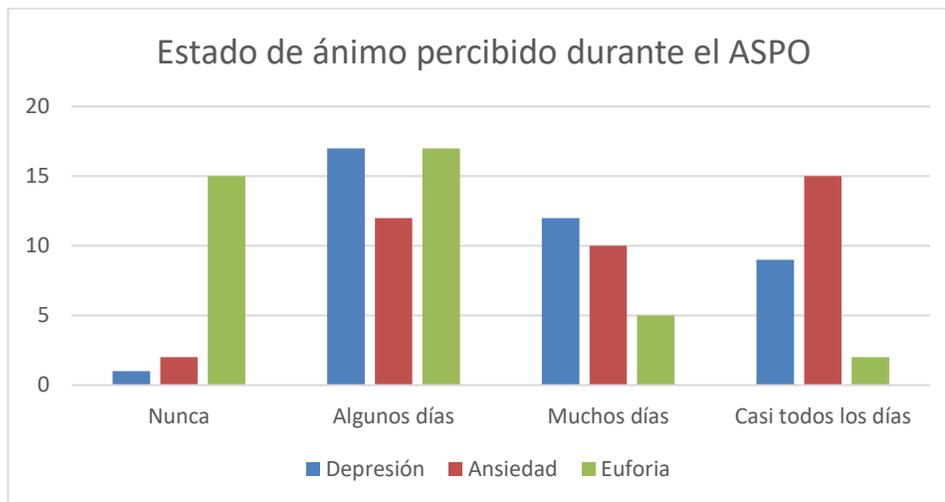
Por el contrario, respecto al polo eufórico del ánimo, los niveles referidos por los usuarios y las usuarias son mucho más bajos: más 80% de ellos y ellas (32 de las 39 personas entrevistadas)

⁷⁷ OPS (1995).

⁷⁸ Ver apartado “B2) Preguntas sobre estado de ánimo” del guion para entrevistas. Disponible en: URL: <https://drive.google.com/file/d/1slbh1JgFABr3LEGPwnyszJYMxkc22V7o/view?usp=sharing>

sostiene que “nunca” o sólo “algunos días” se sintieron optimistas o con más energía que la habitual.

En síntesis, se advierte con claridad una preponderancia del polo depresivo del ánimo percibido por los usuarios y las usuarias durante el ASPO y, a su vez, la ansiedad concomitante resulta altamente frecuente. El siguiente gráfico lo refleja con claridad.



Sobre la relación con los otros

Respecto a esta categoría se indagaron los cambios percibidos en los modos de relación con el entorno cercano (familia, pareja, amigos) de los y las participantes de la muestra como consecuencia del ASPO⁷⁹.

En este punto, recordemos que, desde la Salud Mental Comunitaria (marco teórico de referencia del estudio) se concibe a la Salud Mental como inherente a la salud integral y al bienestar social de los individuos, familias, grupos humanos, instituciones y comunidad. Asimismo, se asume el proceso salud-enfermedad-cuidado en un marco de complejidad, por lo que la eficacia de estos abordajes está ligada a que las personas y las comunidades puedan desarrollar habilidades para afrontar los desafíos de la vida, estén integradas en redes afectivas y participen de proyectos colectivos. En consecuencia, ponderamos la importancia de los lazos y las modificaciones en los modos de relación durante el período de aislamiento y analizamos sus consecuencias.

⁷⁹ Ver apartado “B3) Preguntas sobre relación con los otros” del guion para entrevistas. Disponible en: URL: <https://drive.google.com/file/d/1slbh1JgFABr3LEGPwnyszJYMxkc22V7o/view?usp=sharing>

A su vez, el valor de analizar estas relaciones se desprende de comprender la función esencial que cumplen las redes de apoyo⁸⁰. Los intercambios que estas generan (sean de tipo material, instrumental, emocional, etc.) influyen en el grado de satisfacción de las necesidades de las personas. De manera análoga, de las deficiencias en la construcción y/o el sostenimiento de las redes de contención socio-afectiva se desprenden situaciones de padecimiento. En sintonía con lo antedicho, la Ley Nacional de Salud Mental, destaca la importancia de los lazos; por ejemplo, respecto a las modalidades de abordaje sostiene que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario orientándose “al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.”⁸¹.

Respecto al contenido de las entrevistas, ante la pregunta “¿cómo cambió la manera de relacionarte con tus seres queridos (tu familia, tu pareja, tus amigos) durante la cuarentena?”, como era de esperar, la mayoría de los y las participantes ubica modificaciones en los modos de relación con los otros (34 de 39 lo refieren). No obstante, 5 usuarios y usuarias sostienen que sus vínculos no se modificaron sustancialmente durante el ASPO.

Los cambios más mencionados por los y las participantes son: la incorporación o la potenciación de los intercambios virtuales (llamadas, videollamadas, mensajes, reuniones por zoom), la ausencia de contacto físico, la disminución o la suspensión de los encuentros presenciales, el aumento del tiempo compartido con algunas personas y el incremento de la distancia con otras.

Asimismo, según el decir de los y las participantes, estas modificaciones en los modos de relación han sido un factor en la generación de malestar; los elementos más referidos son (principalmente) el padecimiento del distanciamiento con los/as otros/as y (en ocasiones) el incremento de conflictos vinculares con el grupo conviviente.

- *"Mucho, mucho cambió: dejar de ver a mi familia, estar con gente, estar todos alejados, no hacer reuniones, que no venga nadie a casa, la distancia... cambió totalmente. Y quedó estar aislados uno del otro, como estar más independientes, como que se perdió la cercanía de los vínculos."* (Usuario de 35 años)

⁸⁰ Aranda, C.; Pando, M. (2013).

⁸¹ Ley Nacional de Salud Mental (2010), artículo 9°.

- *"De repente, el estar mucho juntos (...) había actitudes o contestaciones o cosas que pasaban en casa que me ponían mal. Estábamos todos mucho tiempo juntos y surgían conflictos y también aparecían cosas del pasado. Cuando yo me iba a trabajar 8 horas era distinto."* (Usuaría de 50 años)

Sobre conductas cotidianas

En el marco del presente estudio, entendemos que una conducta (un comportamiento) es una "Respuesta observable del ser humano o de un animal a una situación."⁸². Apoyándonos en esta definición, y en consonancia con los otros apartados del proyecto, se analizarán aquí las modificaciones de los comportamientos habituales y rutinas de la vida diarias de los usuarios y las usuarias durante el período de aislamiento.

Asimismo, se parte de concebir que, en la búsqueda del propio bienestar, las personas construyen sentidos en su vida a través proyectos sostenibles en el tiempo. En consecuencia, un derrumbe del proyecto existencial supone una carga en el contexto cultural de las personas y resignifican experiencias de fragilidad, inseguridad, incertidumbre, miedo⁸³.

Si nos adentramos en el contenido de las entrevistas, se desprende del discurso de los y las participantes el hecho de que casi y todos y todas manifiestan haber sufrido modificaciones en sus conductas habituales durante el ASPO (34 de los/as 39 lo refieren). Las conductas del hacer diario afectados que se presentan con mayor frecuencia en el decir ellos y ellas son: la actividad laboral (25 personas refieren modificaciones), el dormir (21 personas), la actividad física (18 personas), la alimentación (17 personas), la realización de tareas domésticas (14 personas), la sexualidad (10 personas) y la práctica actividades recreativas (10 personas).

Asimismo, ante la pregunta "¿cómo se modificaron las actividades habituales de tu vida cotidiana durante la cuarentena?", se desprende del discurso de los entrevistados y las entrevistadas que estas modificaciones tienen distintos niveles de impacto e implican diversos grados de padecimiento. Lo que se advierte (con insistencia) es la percepción de una pérdida de las rutinas habituales (un corte con lo que se venía haciendo): un cambio sustancial en el hacer del día a día. En consecuencia, ese escenario implicó la necesidad de "adaptarse" (de inventar algo nuevo), de

⁸² DeCS, Descriptores en ciencias de la salud. <https://decs.bvsalud.org/>

⁸³ Herrera Bautista, M.; Rodríguez Rodríguez, G. (2014).

llenar espacios vacíos (o padecerlos). Estos movimientos involucran la cancelación de proyectos (o la necesidad de modificarlos) y el aplazamiento en la concreción de anhelos y deseos.

- *"...todo se modificó, yo venía de un año de una rutina re linda: el colegio y el club de las nenas, mi hija más grande empezaba el conservatorio el año pasado... se modificó todo, quedó todo trunco, quedó todo en la nada."* (Usuaría de 33 años)
- *"Muchísimos cambios... yo necesito tener una rutina armada, hacer ejercicio, jugar a la pelota, salir a andar en bicicleta y con la cuarentena se me cortó todo."* (Usuario de 33 años)
- *" Muchas fluctuaciones en el trabajo. El trabajo es fundamental para mí, para vivir, para ocupar el tiempo, entonces le pongo mucho, le doy mucha importancia a eso y me parece que es lo que más me movió."* (Usuario de 27 años)
- *"Se modificaron demasiado mis actividades cotidianas porque empecé a vivir al revés. Me dormía muy muy tarde y me despertaba a las 4 de la tarde; la merienda pasó a ser el desayuno, la cena el almuerzo... comía a la madrugada... se me cambiaron mucho los horarios."* (Usuario de 21 años)
- *"Al principio mis actividades se modificaron cancelándose, yo antes me quedaba con la perra tomando sol, tomando mate en la plaza, distendiéndome (...). Después me tuve que adaptar, las horas que estaba en el trabajo tuve que invertirlas acá en la casa: limpiando, modificando, sacando, tirando... quizá hacía 2 veces lo mismo en el mismo día porque ya no sabía qué hacer."* (Usuario de 45 años)

d) OBJETIVO ESPECÍFICO 4: identificar modificaciones en las conductas de los/as usuarios/as respecto al consumo de sustancias psicoactivas durante el aislamiento

PRECISIONES METODOLÓGICAS

Las preguntas de investigación que guían el presente objetivo enuncian: ¿perciben los usuarios y las usuarias cambios en sus hábitos de consumo durante el ASPO? ¿Cuáles son? ¿A qué responden estas modificaciones?

Para indagar estas cuestiones se realizaron, en primer lugar, preguntas abiertas relativas a los cambios percibidos en el uso de sustancias por parte de los y las participantes durante el período de aislamiento y, a continuación, preguntas focalizadas tendientes a investigar modificaciones en la cantidad y frecuencia de los consumos, los lugares, las personas que formaron parte de esas situaciones y el tipo de sustancia consumida⁸⁴. A fin de sistematizar las respuestas se confeccionó una grilla para ordenar la información recabada⁸⁵ y, luego, se analizaron las recurrencias y las divergencias en los discursos en articulación con la definición operativa de la categoría en cuestión y con textos de referencia sobre la temática abordada.

ANÁLISIS

Se analiza en este apartado la categoría hábitos de consumo. Según la Real Academia Española, un hábito es un “Modo especial de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes...”⁸⁶; definimos, entonces, a los hábitos de consumo como las prácticas regulares en el uso de sustancias por parte de los consumidores.

En este punto, el presente proyecto se muestra afín con un reciente estudio del Observatorio Argentino de Drogas. Allí se sostiene que: “... las transformaciones experimentadas durante el ASPO modificaron el modo de consumo de las sustancias psicoactivas, como también los hábitos y prácticas relacionadas. Las nuevas formas de organización en el ámbito doméstico repercutieron en todas las aristas de la vida cotidiana y el consumo de sustancias no fue la excepción. (...) las personas experimentaron procesos de reorganización en diversos ámbitos -laboral, educativo,

⁸⁴ Ver apartado “C) Preguntas sobre hábitos de consumo” del guion para entrevistas. Disponible en: URL: <https://drive.google.com/file/d/1slbh1JgFABr3LEGPwnyszJYMxkc22V7o/view?usp=sharing>

⁸⁵ Disponible en: URL: <https://drive.google.com/file/d/14HdO0PRkv26PuoMrDD-ycav71znBRNsO/view?usp=sharing>

⁸⁶ Real Academia Española. <https://www.rae.es/>

doméstico, entre otros-, que incidieron en su modo de vida (...). Se desplegaron diversas estrategias (...) que permitieran acomodarse a la nueva realidad. Los cambios atravesaron los vínculos interpersonales de una manera desconocida y por lo tanto, también se dieron nuevas formas en el consumo de sustancias aún en transformación.”⁸⁷.

Respecto al contenido de las entrevistas, primeramente, señalar que 30 de los y las 39 participantes de la muestra refieren haber consumido sustancias durante el aislamiento. Asimismo, de las 9 personas que no usaron sustancias en ese período, una de ellas refiere haber dejado de consumir a raíz de la cuarentena y las 8 restantes sostenían abstinencia desde antes del ASPO y continuaron sin consumir durante el mismo.

En segundo lugar, al conversar con los y las participantes, se advierten con claridad modificaciones en los hábitos de consumo durante el aislamiento (27 de los/as 39 así lo refieren). Dentro de estos cambios, destacamos la importancia y la preponderancia del incremento en uso de sustancias durante el ASPO que se desprende del contenido de las entrevistas: 19 usuarios y usuarias (el 48,7% de la muestra) perciben aumentos en la frecuencia de los episodios de consumo y/o en la cantidad de sustancias consumida en cada ocasión.

- *"Durante la cuarentena el consumo se empeoró, porque no tenía responsabilidades..."* (Usuaría de 33 años)
- *"El consumo se hizo más frecuente cuando no podía dormir y quería seguir durmiendo durante la cuarentena. Más frecuente y mayor cantidad..."* (Usuaría de 50 años)
- *"...mi proceso de alcoholismo (...) pasó de los fines de semana (...) a ser más frecuente, ahora son todos los días. La frecuencia aumentó".* (Usuario de 38 años)

De manera contraria, sólo 4 personas refieren haber disminuido su consumo durante el ASPO y 1 (como se dijo) lo eliminó.

- *"Lo bueno de la pandemia es que a partir de marzo cuando empezó el aislamiento dejé de consumir. Porque no salía a ningún lado. estaba en mi casa y no tenía contacto con la persona que me vendía."* (Usuario de 53 años)

⁸⁷ OAD (2021), p. 7.

Los y las participantes restantes que refieren este tipo de cambios, ubican fluctuaciones respecto a la frecuencia y la cantidad de los consumos (alternando momentos de mayor consumo con otros de menor intensidad, haciendo uso de distintas sustancias de manera heterogénea) dependiendo de distintas variables.

- *"Antes lo que no hacía era tomar alcohol solo y empecé a hacerlo. (...). Respecto a mi consumo problemático de cocaína creo que en la cuarentena pasó una sola vez (...) Y después fumo marihuana regularmente. Trato de que no sea todo el día y que sea sólo a la noche (...) dependiendo de mi realidad que cambia bastante seguido. Últimamente estoy más ansioso y quiero fumar, (...) la semana pasada que trabajé muchísimo no fumé nada, llegaba tan cansado que me dormía. Ahora que tengo tiempo libre hasta la noche fumo más, (...) va dependiendo de los días..."* (Usuario de 27 años)
- *"Hubo momentos en que consumí más (...). Los últimos meses pude reducir bastante, sólo me quedé con la marihuana."* (Usuario de 30 años)

Asimismo, respecto a las razones que motivaron los aumentos en los consumos, los usuarios y las usuarias establecen correlaciones con: estados anímicos negativos (preocupaciones, ansiedad, pensamientos perturbadores), falta de actividades y responsabilidades, malestar vinculado al empleo, sensación de encierro, distancia respecto de los seres queridos. Es decir, se advierte un vínculo, lógico, entre el aumento de los consumos y los efectos adversos del aislamiento percibidos por ellos y ellas que hemos analizados en el objetivo específico 3. A su vez, ese incremento respecto al uso de sustancias, con frecuencia, acrecentó los padecimientos.

- *"El consumo era una forma de despejarme, salir del encierro, me ponía a escuchar música, hablaba con amigos, me iba un rato de la cuarentena. El consumo era como un pasatiempo. (...) Aumentó muchísimo porque me empecé a sentir mal anímicamente y consumía. Además, no tenía que levantarme temprano..."* (Usuario de 33 años)
- *"Yo antes iba a trabajar (...) ahora fumo el doble de cannabis porque estoy al pedo todo el día. (...) Hay algunos factores en la pandemia que a los que tenemos este problema nos jugó realmente en contra: estar encerrados, dejar de hacer la actividad que hacíamos..."* (Usuario de 45 años)

- *"...aumentó el consumo por la ansiedad, quizás por no ver a mis hijos, es algo que me perturbó bastante. Me di cuenta en este último tiempo que no los vi que cuando tengo ansiedad me da por tomar más. (...) Lo que más me impulsaba a consumir era el no poder ver a mis chicos..."* (Usuaría de 36 años)
- *"... mi consumo de alcohol aparece cuando tengo un problema que no puedo manejar y ahí quiero ahogarme en el alcohol. (...) y en la cuarentena tuve 2 o 3 recaídas, por problemas económicos..."* (Usuaría de 60 años)
- *"... no había oferta laboral, lo cual hacía que me preocupara muchísimo y muchas veces fue causa de una recaída (...). Más que nada quería que los días pasen más rápido y quizás consumía un poco más."* (Usuaría de 48 años)

Otros cambios mencionados por los entrevistados y las entrevistadas (más allá de la cantidad y la frecuencia) son los lugares de consumo (13 personas lo refieren) y las personas con quienes se consume (misma cantidad lo advierten). Estas variables se presentan (en casi todos los casos) de manera encadenada, dado que las restricciones a la circulación impidieron los traslados de las personas imposibilitando que la gente se juntara y, de igual manera, quedaron suspendidas las reuniones sociales, la vida nocturna, los bares, las reuniones en plazas y esquinas. En consecuencia, se advierte que los consumos tuvieron lugar, principalmente, en la casa propia (o en alguna residencia cercana), se modificaron las personas con quienes se consume (privilegiando el consumo con gente geográficamente cercana) y, sobre todo, se incrementó el consumo en soledad.

- *"Antes de la cuarentena nos juntábamos en una plaza y tomábamos tranqui (...) Durante la cuarentena consumía en casa mucho más seguido y más cantidades."* (Usuario de 22 años)
- *"Hay personas que no podía ver y antes eran compañeros de consumo. Aparecieron personas que antes no veía tanto y las empecé a ver más seguido y consumía."* (Usuario de 30 años)
- *"Mi consumo antes era muy social y pasó a ser muy individual. Pasé a tomar mucho en mi casa."* (Usuario de 65 años)

Por último, el tipo de sustancia de uso referida por los entrevistados y las entrevistadas no presentó modificaciones sustanciales: sólo 2 personas dicen haber consumido sustancias no habituales en ellos y ellas durante el ASPO.

e) **OBJETIVO ESPECÍFICO 5: identificar factores que mitiguen los efectos adversos del aislamiento social en personas con problemáticas de consumo**

PRECISIONES METODOLÓGICAS

Las preguntas de investigación que guían el presente objetivo enuncian: ¿detectan los y las participantes de la muestra factores que los y las hayan ayudado a mitigar los efectos negativos del aislamiento? ¿Cuáles son?

Para indagar estas cuestiones se interrogó a los usuarios y las usuarias sobre aquellas acciones o situaciones que, desde su perspectiva, permitieron disminuir o calmar las consecuencias negativas del ASPO. A fin de sistematizar las respuestas se confeccionó una grilla para ordenar la información recabada⁸⁸ y, luego, se analizaron las recurrencias y las divergencias en los discursos.

ANÁLISIS

Respecto a la categoría de análisis del presente objetivo, entendemos que mitigar significa “Moderar, aplacar, disminuir o suavizar algo riguroso o áspero.”⁸⁹. En los objetivos específicos previos analizamos las consecuencias adversas percibidas durante el ASPO por los y las participantes; en consecuencia, resulta de interés indagar su contracara: qué factores advierten ellos y ellas que hayan ayudado a contrarrestar los daños vivenciados en el período de aislamiento.

Respecto al decir de los y las participantes, en esta categoría se evidencia cierta dispersión en el contenido de las entrevistas y, en ocasiones, respuestas dubitativas. Se destaca, en primer lugar, un bienestar ligado al vínculo con otras personas (subcategoría A): 11 usuarios y usuarias así lo refieren.

- *"Me ayudó la compañía de mi pareja y el apoyo."* (Usuaría de 29 años)
- *"Las videollamadas y las actividades que podía implementar, los grupos virtuales, el estar con gente."* (Usuaría de 45 años)
- *"Por un lado, el hecho de estar con mi hija y hacer cosas con mi hija me ponen la cabeza y el corazón en ese lugar y me lo sacan de todo el quilombo..."* (Usuario de 45 años)

⁸⁸ Disponible en: URL:

https://drive.google.com/file/d/1yAKNq39zbwtT3iQS5iTCmhNRt8TU3x_9/view?usp=sharing

⁸⁹ Real Academia Española. <https://www.rae.es/>

- *"Poder socializar, que mis amigos vengan a casa (con cuidados), eso me cambió la vuelta a la vida."* (Usuario de 55 años)

Estas situaciones de alivio ponen el foco, nuevamente, en la importancia de las redes socioafectivas en los procesos de bienestar de las personas. Asimismo, algunos usuarios y algunas usuarias ubican cambios positivos en la relación con los/as otros/as durante el ASPO destacando la unión y la cercanía entre las personas (6 participantes lo refieren).

- *"...con mi hija ganamos muchos tiempos juntos. Yo creo que esto que pasa una también aprende a valorar mucho a sus seres queridos, a sus familiares, festejar un cumpleaños. Por mi parte me sirvió para creo un grupo de WhatsApp, (...) y ahora hablamos todos los días, (...) cosa que antes eso no existía (...). Yo creo que uno se adapta y genera lo que tiene que generar para no perder lo que tiene, sus relaciones."* (Usuario de 45 años).
- *"Los primeros tiempos por ahí se acercaron más mis hijos, por zoom. Y después seguí conectándome con mis amigas, que son pocas, pero nos apoyamos mucho y nos hablábamos..."* (Usuaría de 60 años).
- *"Y, estamos como más unidos (...). Ahora como que estamos todo el tiempo juntos, estamos mejor (...). Y con la gente que no convivo la relación cambió, pero mantuvimos comunicación virtual a pesar de no vernos."* (Usuaría de 43 años).

A su vez, 11 entrevistados y entrevistadas refieren haber tenido personas a su cuidado durante el aislamiento (hijos/as y personas mayores – padres, madres, abuelos/as -) y la mayoría de los y las participantes manifiestan haber recibido ayuda de otros y otras durante el ASPO (26 personas así lo refieren). En este punto, los dichos se ordenan, principalmente, en torno dos modalidades: ayuda económica y ayuda afectiva (contención, acompañamiento, soporte emocional).

- *"Ayuda emocional de un par de amigos y de mi padrino por el tema que estaba mal psicológicamente, (...) y estaba teniendo pensamientos de consumo... cada vez se me empeoraba más contener las cosas y lo empecé a hablar y me ayudó."* (Usuario de 22 años)

- *"Tuve ayuda de parte de mi hermana y de mi mamá con el tema de la comida cuando estuve sin trabajo." (Usuario de 47 años)*
- *"...un amigo (...) me prestó la tarjeta para poder financiar la computadora de mi hija. Una compañera de trabajo me prestó dinero (...), cuando se levantaron los controles los primos de mi mamá vinieron ver a mi abuela. Vi solidaridad en muchos aspectos." (Usuario de 45 años)*

Continuando con el análisis de los factores que mitigaron los efectos negativos del aislamiento, con una frecuencia similar a la de la subcategoría anterior, los usuarios y las usuarias manifiestan que el tratamiento ambulatorio que realizan resultó de gran ayuda para su bienestar en ese período (subcategoría B), 9 personas lo refieren.

- *"...el hablar con mi terapeuta me hacía bien..." (Usuario de 30 años)*
- *"Me ayudó el apoyo de la terapia que tenía de lunes a viernes, que era el único compromiso que tenía." (Usuaría de 56 años)*
- *"...no estar pensando tanto en esas situaciones negativas, hacer terapia me ayuda un montón, me ayuda a calmarme y mantenerme más tranquila." (Usuaría de 33 años)*

Para complementar esta información, resulta pertinente analizar la función que cumplió durante el ASPO el tratamiento por consumo de sustancia desde la perspectiva de los usuarios y las usuarias. Previamente, un par de aclaraciones; en primer lugar, recordar que "Las formas de atención durante el ASPO evidenciaron modificaciones en los tratamientos en dispositivos de atención de consumos de sustancias y de salud mental (...). La puesta en práctica de nuevas modalidades de atención remotas o virtuales implicó un proceso de adaptación de los espacios terapéuticos."⁹⁰. Sin negar las dificultades que la implementación de estos cambios propició, la continuidad en la atención de los y las participantes de la muestra estuvo garantizada durante todo el período de aislamiento y funcionó, casi en su totalidad, de manera virtual/remota. Asimismo, el modo de trabajo del equipo tratante se sostuvo y se sostiene mediante la implementación de estrategias de reducción de riesgos y daños (no privilegia la abstinencia como único objetivo

⁹⁰ OAD (2021), p. 7.

terapéutico para todas las personas⁹¹) y enfatiza la participación de los usuarios y las usuarias en la toma de decisiones respecto a su relación singular con el uso de sustancias. Asimismo, el tratamiento establecido cuenta con distintos dispositivos: psicoterapia individual, psicoterapia grupal, control psiquiátrico y terapia ocupacional⁹².

Entonces, ante la pregunta “¿qué función cumplió tratamiento durante la cuarentena y por qué?”, casi la totalidad de los y las participantes refieren aspectos positivos y, en ocasiones, fundamentales para su vida y su bienestar. Lo más valorado es la posibilidad de contar con: un espacio de trabajo psicoterapéutico, un lugar de escucha donde poder hablar, una ayuda para acotar o eliminar el consumo, un apoyo y un sostén emocional y la posibilidad de compartir su problemática con pares.

- *"...me sirvió mucho estar en tratamiento. Los grupos me ayudaron porque me veo reflejada en muchos casos y me siento acompañada porque todos tenemos puntos en común, que es el consumo y que cada uno se quiere recuperar de la adicción."* (Usuaría de 36 años)
- *"Totalmente, cumple una función. Desde que estoy haciendo el tratamiento acoté un montón el consumo..."* (Usuaría de 33 años)
- *"El tratamiento me está ayudando a conocerme un poco más yo y a relajarme, a desahogarme y hablar, no a pelear con la gente, tratar de entender y de poder hablar..."* (Usuario de 30 años)
- *"Cumplió la misma función que cumplía antes (...). Yo, actualmente, hace casi 10 años que no tomo alcohol. La medicación me ayuda a disminuir la ansiedad que para mí en general tiene que ver con miedos, miedos difíciles de poner en palabras porque se manifiesta como ansiedad... (...). Entonces he aprendido a lo largo de los años a poder vivir en la incertidumbre..."* (Usuario de 65 años)
- *"Una función de seguimiento, de poder dialogar, de contención en los encuentros grupales, pero particularmente en el diálogo con mi psicóloga (...). Un espacio más propio lo encuentro en el diálogo con mi psicóloga."* (Usuario de 59 años)

⁹¹ Gemini, D. (2019).

⁹² No todos los usuarios y todas las usuarias asisten a todos esos espacios.

No obstante, muchas de las funciones referidas parecieran no diferir respecto a las que cumplía el tratamiento de manera habitual antes del ASPO. Sin embargo, y en relación a los factores adversos del aislamiento analizados en objetivos específicos previos, el tratamiento se presenta también como un aliciente frente a esos padecimientos. De esta forma, los y las participantes dicen encontrar en el tratamiento: un acompañamiento, un elemento que ordena la rutina, un espacio fundamental para mantener una estabilidad psíquica.

- *"El apoyo que yo recibo a mí me sirvió mucho... en el no consumir, en el hablar, en el descargarme y me sigue sirviendo. Me hizo sentir acompañado el tratamiento durante la cuarentena, los primeros meses nunca faltaba." (Usuario de 47 años)*
- *"Fue fundamental para no enloquecer. El poder hablar, la contención, la compañía, el tener un espacio donde pensar sobre lo que me estaba pasando y los pasos a seguir." (Usuario de 66 años)*
- *"Apoyo más que nada. Esa es la palabra. Mientras pasaban todos esos momentos de cambio mi espacio individual me resulta muy bueno." (Usuario de 27 años)*
- *"Ayudó a tener un poco de rutina y a que sean menos frecuentes las recaídas." (Usuaría de 48 años)*
- *"Me ayudó a mantener la cabeza ordenada y en paz, ser conciente y saber que todo va a pasar en algún momento..." (Usuaría de 22 años)*

Continuando con el análisis del presente objetivo específico, se advierte en el discurso de los usuarios y las usuarias que el hecho de “estar en movimiento” - tener ocupaciones, actividades, “distracciones” - es un factor que mitiga el malestar (subcategoría C). De esta forma, la actividad física, la recreación, las tareas domésticas, se presentan en el discurso de los y las participantes (9 de ellos/as así lo refieren) como acciones que provocan bienestar.

- *"Me ayudó el movimiento, la actividad." (Usuario de 52 años)*
- *"El estar en actividad, aunque estuviera acá adentro haciendo cualquier boludez, o limpiando o acomodando o clasificando la ropa. Yo creo que hice bastantes cosas en la cuarentena, Yo soy de estar bastante en la calle, de entrar y salir, y al estar acá empecé a hacer más cosas acá adentro." (Usuaría de 60 años)*

- *"Lo recreativo, actividades manuales, armar rompecabezas, restaurar muebles, un poco de jardinería, ver Netflix."* (Usuaría de 52 años)
- *"Limpiar la caza, sacar a mi perro a la calle, eso me obligaba a salir y de esa forma despejarme un poco, no estar tan encerrada."* (Usuaría de 36 años)

Por último, con una frecuencia menor que las anteriores subcategorías, aparecen en el decir de los usuarios y las usuarias el trabajo, la introspección y el consumo de sustancias como acciones aliclientes frente los efectos adversos del aislamiento.

En síntesis, dentro de los factores percibidos por los y las participantes de la muestra que ayudaron a mitigar los efectos adversos del aislamiento, se desprenden las siguientes subcategorías ordenadas de manera decreciente respecto a su frecuencia de aparición:

- Subcategoría A: el vínculo con otros/as (11 personas lo refieren).
- Subcategoría B: el tratamiento que realizan (9 personas lo refieren).
- Subcategoría C: el hecho de tener ocupaciones (9 personas lo refieren).

f) OBJETIVO ESPECÍFICO 6: comparar los efectos del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio con los efectos generados por los tratamientos residenciales

PRECISIONES METODOLÓGICAS

Las preguntas de investigación que guían el presente objetivo enuncian: los usuarios y las usuarias que han realizado tratamientos residenciales prolongados, ¿qué efectos iatrogénicos recuerdan haber padecido entonces? ¿Se advierten similitudes entre esas experiencias terapéuticas y los efectos psicosociales vivenciados durante el ASPO? ¿Cuáles son?

Para indagar estas cuestiones se interrogó a los y las participantes de la muestra que han realizado tratamientos residenciales prolongados sobre situaciones de sufrimiento, dolor y malestar y, a su vez, sobre cambios en el ánimo, la relación con los otros y las conductas cotidianas durante ese período⁹³. A fin de sistematizar las respuestas se confeccionó una grilla para ordenar la información recabada⁹⁴ y, luego, se analizaron las recurrencias y las divergencias en los discursos. Por último, se compararon los efectos del ASPO analizados en anteriores objetivos específicos con los desarrollos aquí trabajados.

ANÁLISIS

La Ley Nacional de Salud Mental, sancionada en 2010 y reglamentada en 2013, propone un cambio de paradigma en la atención socio-sanitaria de los padecimientos mentales: sustituye un modelo tutelar por un modelo comunitario con una perspectiva de derechos. Asimismo, recordemos que el marco teórico que sostiene la normativa vigente es la Salud Mental Comunitaria (eje de referencia central del presente estudio). Este enfoque parte de la presunción de la capacidad de todas las personas y de sus posibilidades de rehabilitación social, se funda en el respeto y la promoción de los Derechos Humanos y brinda herramientas que apuntan a modificar las prácticas y las acciones del equipo de salud para acompañar el ejercicio efectivo de esos derechos. Además, desde esta perspectiva se trabaja, entre otras cuestiones, para superar la cronificación y la estigmatización de las personas con padecimiento mental, así como también para disminuir el incremento de las brechas de atención propios del modelo manicomial.

⁹³ Ver apartado “D) Preguntas sobre tratamientos” del guion para entrevistas. Disponible en: URL: <https://drive.google.com/file/d/1slbh1JgFABr3LEGPwnyszJYMxkc22V7o/view?usp=sharing>

⁹⁴ Disponible en: URL: https://drive.google.com/file/d/1101UbnFdrOMK3Zstv_Jhuy3ym8bZW_YB/view?usp=sharing

Dentro del cambio de paradigma mencionado, la Ley destaca la importancia de recibir atención integral mediante abordajes respetuosos del derecho a la integración en la comunidad, que tiendan a mantener los lazos sociales, familiares y laborales privilegiando el proceso de atención por fuera del ámbito de internación⁹⁵. De esta forma, la Ley establece el derecho de las personas con padecimientos mentales a vivir en comunidad, lo cual va más de algún artículo en particular: el espíritu de la Ley promueve la desinstitucionalización de la Salud Mental; por ejemplo, mediante la prohibición de la creación de nuevas instituciones monovalentes, la adaptación de los efectores existentes a la nueva normativa, la promoción de la atención primaria de la salud y la atención en dispositivos comunitarios, incluyendo los hospitales generales⁹⁶.

Como parte de este movimiento, las internaciones están reguladas de manera clara y precisa respecto a su duración y a su pertinencia. La Ley las ubica como un recurso terapéutico excepcional sólo utilizable cuando no existan alternativas disponibles que sean menos restrictivas. Además, se aclara que las internaciones deben durar “el menor tiempo posible”⁹⁷. Asimismo, restringe las internaciones coactivas (es decir, involuntarias) sólo a escenarios en que se verifique una situación de “riesgo cierto e inminente” debidamente constatada y acreditada por un equipo interdisciplinario⁹⁸.

Lo cierto es que, para que una Ley de este calibre funcione (como herramienta) en todo su potencial, son necesarias modificaciones en distintos niveles: cambios en la lógica de los dispositivos de atención, en el armado de los equipos de trabajo, en los discursos y las concepciones respecto a la enfermedad mental. Además, se necesitan aumentos en el presupuesto destinado a la Salud Mental, modificaciones en la formación de los profesionales, cambios en el diagrama de

⁹⁵ Artículo 9°: El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

⁹⁶ Artículo 27°: Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos.

Artículo 28°: Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios.

⁹⁷ Artículo 14°: La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

Artículo 15°: La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios.

⁹⁸ Artículo 20°: La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

políticas públicas, en el tratamiento que los medios de comunicación realizan respecto a las problemáticas de Salud Mental y en las representaciones sociales de las personas con padecimiento mental. Es decir, la plena implementación de la Ley implica un cambio cultural: una transformación profunda que toca muchos sectores de nuestra sociedad.

Cabe preguntarse, entonces, ¿por qué la necesidad de implementar estos cambios tan costosos? Sencillamente porque la mirada autoritaria y paternal ha llevado a la realización de prácticas basadas en el encierro, la segregación, la sustitución de la voluntad y la objetivación de las personas con padecimiento mental. El paradigma tutelar, cuyo exponente más atroz es la internación prolongada (en ocasiones, de manera indefinida) en un dispositivo residencial monovalente, no brinda soluciones eficaces y genera muchos daños colaterales. En este punto, se destacan las consecuencias adversas que se desprenden de ese tipo de abordajes, hoy día, cuestionados.

En consecuencia, en el marco del presente estudio, definimos efecto iatrogénico como a “Cualquier condición adversa en un paciente que se produce como resultado del tratamiento indicado por un médico, cirujano, u otro profesional de la salud, especialmente infecciones adquiridas por el paciente durante el curso del tratamiento.”⁹⁹.

Respecto de los y las participantes de la muestra, el 61,5% refiere haber estado internado/a por problemáticas vinculadas al uso de sustancias psicoactivas al menos en una ocasión (24 personas). Dentro de este grupo, 11 usuarios y usuarias sostienen haber atravesado al menos un tratamiento residencial prolongado (es decir, de una duración superior a los 2 meses¹⁰⁰), mientras que las 13 personas restantes refieren sólo haber tenido internaciones acotadas en el tiempo.

⁹⁹ DeCS, Descriptores en ciencias de la salud. <https://decs.bvsalud.org/>

¹⁰⁰ El criterio temporal utilizado se sostiene en el artículo 18° de la Ley Nacional de Salud Mental que enuncia: “La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de SESENTA (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión creado en el artículo 38 y al juez. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de CINCO (5) días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías establecidos para esta última situación.”



A los fines de la presente investigación analizaremos sólo los casos de internaciones prolongadas.

En una primera aproximación, al interrogar a los usuarios y las usuarias sobre cómo se sintieron durante el tratamiento residencial, las respuestas se orientan en distintas direcciones sin una clara prevalencia: refieren alivio, fuerte malestar, intensidad en las emociones, extrañar el afuera, ambivalencia y sentimientos encontrados.

- *"Me sentí bien, aliviado, me había sacado un problema de encima. Tuve un muy buen tratamiento (...). Cuando una persona se interna es como que los sentimientos salen a flor de piel, se potencian. Extrañás gente, tenés ganas de verlos."* (Usuario de 57 años)
- *"Es como estar presa, es como que te metan adentro de algo y después salís desintoxicada."* (Usuaría de 56 años)
- *"Más o menos, tenía días, lo que me angustiaba era la falta de no estar en mi casa."* (Usuaría de 45 años)
- *"En algunas bien, en otras no tanto. (...) no sé si me sirvió para algo."* (Usuario de 29 años)
- *"Me sentí fóbico de estar encerrado. Cuando me daban salidas con mi papá y mi acompañante terapéutico fue todo más relajado. (...) Me sentía aburrido, inerte. (...) Me quería ir a la mierda, volver a casa."* (Usuario de 52 años)

En un acercamiento más preciso, al realizar preguntas tendientes a indagar situaciones de sufrimiento psíquico (padecimiento, dolor, malestar, preocupación) la dispersión en las respuestas disminuye. Se destaca como preponderante el malestar vinculado a la distancia respecto al entorno familiar y los afectos (10 de los/as 11 participantes lo refieren).

- *"...sobre todas las cosas se extraña, se extraña mucho. Sobre todo, al principio de la internación que no tenés salidas ni visitas (son 3 meses). Después la cosa es más llevadera, pero estás toda la semana esperando el fin de semana para que te vengan a ver."* (Usuario de 57 años)
- *"... tenía restringidas las visitas, eran muy estrictos y eso me generaba intranquilidad, quería irme... estuve intranquila esos primeros 3 meses (...), me sentía sola, emocionalmente me sentía sola, por el hecho de estar desvinculada de mi familia..."* (Usuaría de 45 años)
- *"Terrible. Muy mal, la pasé mal en todas las internaciones (...). Yo fui mamá muy joven, a los 18 años, y en las internaciones me desprendía de mis hijos y la verdad que la pasé mal en todas, lloré en todas, horrible."* (Usuaría de 43 años)

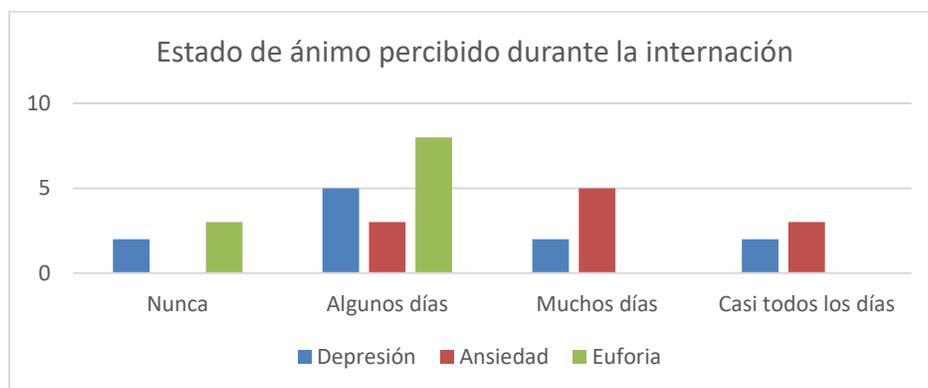
En segundo lugar, se evidencia en el discurso de los usuarios y las usuarias dificultades en la adaptación a la internación (6 personas así lo sostienen), en particular, refieren conflictos en la relación con otros y otras residentes y malestares vinculados a las normas de funcionamiento del dispositivo.

- *"...lo que me causaba malestar era tener que hacer las tareas del hogar, (...) no entendía en qué me podía servir cocinar, limpiar. Después como que traté de hacerlo con las pautas del lugar para sacarle provecho. Igual estaba en un lugar bastante agradable, (...) pero para mí era como estar presa."* (Usuaría de 56 años)
- *"Hubo cosa de convivencia entre compañeros que no me gustaban. Sentía que estaba conviviendo con compañeros que se maltrataban o no se trataban bien."* (Usuario de 38 años)

Respecto al estado de ánimo percibido durante la internación, sólo 2 personas manifiestan haber estado “muchos días” decaídas o con poco interés en hacer cosas y la misma cantidad refiere haberse sentido así “casi todos los días”. Por el contrario, la mayoría de los usuarios y las usuarias sostiene que “nunca” o sólo “algunos días” se sintieron decaídos/as, deprimidos/as o con poco interés (2 y 5 personas respectivamente).

Algo similar se advierte respecto al polo eufórico del humor: las personas entrevistadas refieren que sólo “algunos días” o “nunca” se sintieron optimistas o con más energía que la habitual (8 y 3 participantes respectivamente).

Por el lado de la ansiedad percibida durante la internación, el escenario es otro: 3 personas de la muestra sostienen que “casi todos los días” se sintieron ansiosas o inquietas y 5 manifiestan haber padecido ese estado “muchos días”. Por otra parte, 3 personas refieren inquietud durante “algunos días” y ninguna sostiene haber estado libre de ansiedad durante la internación.



Respecto a las modificaciones en la relación con el entorno cercano de los usuarios y las usuarias durante la internación, no se advierten coincidencias en el contenido de las entrevistas, las respuestas se presentan dispersas: algunas personas destacan cambios positivos (mejoras en las relaciones, mayor receptividad), otras manifiestan fuertes distanciamientos y varias refieren ausencia de cambios.

- *"Cambió en el sentido de que yo estaba mucho más receptivo. Me preocupaba por verlos (a mis hijos, a mi papá, a mi hermana). Cambió la relación completamente, de no darles pelota pasé a estar muy pendiente de ellos."* (Usuario de 57 años)
- *"Creo que no cambió en nada."* (Usuario de 56 años)

- *"Cortaron relaciones conmigo, quedé excluido de la familia, con mucha agresividad."*
(Usuario de 52 años)
- *"Cambió de una manera muy linda, empecé a tener una mejor relación con mi suegra, con mi cuñada, con mi mujer. Yo veía en ellos una sonrisa y una felicidad muy grande."*
(Usuario de 30 años)
- *"En la internación al principio no tenía contacto, después me fueron a visitar y se hizo un poco más ameno."* (Usuario de 45 años)

Asimismo, en relación a la ayuda recibida durante la internación, la mayoría de los usuarios y las usuarias refiere haber recibido apoyo emocional (acompañamiento, visitas, participación en el tratamiento) por parte de amigos y, principalmente, familiares.

Respecto a los cambios en las conductas habituales vivenciadas durante la internación, los usuarios y las usuarias refieren profundas modificaciones en comparación con su hacer previo. Ubican el orden, la rutina, la distribución de tareas como elementos destacados durante el tratamiento residencial. En este punto, algunos y algunas participantes encuentran allí aspectos positivos, mientras que otros y otras los cuestionan. Las conductas diarias que muestran mayores modificaciones son el sueño, la alimentación, la sexualidad y la realización de tareas domésticas.

- *"Se modificaron un montón de cosas, en principio el orden, yo no tenía orden en mi vida (...), no tenía horarios, no tenía rutinas, la única rutina era ir a trabajar, volver y drogarme. Eso se modificó un montón, empecé a tener horarios, a comer 4 veces por día, bañarme todos los días, dormir las horas que tenía que dormir, respetar al otro, no levantar la voz, no insultar, no pelearme con nadie (...). Uno se acostumbra a tener un orden en la vida que antes no tenía."* (Usuario de 57 años)
- *"... fue un cambio importante. Estaba encerrada, perdí la posibilidad de estar en mi casa, realizar las tareas, vincularme con mis hijos, también la sexualidad (estuve sola, sin relacionarme). La alimentación no estaba buena, engordé un montón. El sueño se vio alterado, me medicaron, me costaba a veces dormir."* (Usuaría de 45 años)

- *"Nos levantaban, había tareas, en algunas internaciones nos hacían limpiar, en otros había talleres, terapias. Las rutinas adentro, en comparación con la vida afuera, eran muy distintas, cambiaron mucho."* (Usuaría de 43 años)
- *"... tenías una hora para limpiar, una hora para desayunar, estaba todo pautado (...). Yo estoy en contra de la internación porque cuando salís estas en la misma que antes de internarte."* (Usuaría de 48 años)

Por último, respecto a las acciones o situaciones que los y las participantes consideran beneficiosas para disminuir o calmar las consecuencias negativas de la internación, no hay demasiadas coincidencias en los discursos. El único elemento que aparece con cierta frecuencia es el apoyo y el acompañamiento de los seres queridos:

- *"Lo que me ayudó a sacar la parte negativa fue mi familia, el ver a mi mujer tan feliz y tan feliz, a mi hijo y la aceptación de la familia de ella. El ello de que ellos me empezaron a aceptar eso me ayudó a querer cambiar muchas cosas negativas."* (Usuario de 30 años)
- *"No sé... el cariño de mis hijos."* (Usuaría de 56 años)
- *"Hablar con mi familia, con mi novia, con mi psicóloga, en el grupo, con algún que otro compañero. Las salidas me hacían bien."* (Usuario de 30 años)

Para concluir, primeramente, decir que los desarrollos del presente objetivo específico son parciales y sólo nos permiten hacer conjeturas que deben estudiarse con mayor rigor y profundidad.

En este primer acercamiento, no se advierten con claridad puntos de contacto entre las consecuencias adversas del ASPO y los efectos iatrogénicos de los tratamientos residenciales prolongados. El único elemento digno de mención es la importancia de las redes socio-afectivas: la distancia respecto al entorno cercano se ubica como un factor preponderante de malestar en ambas situaciones. De manera análoga, entre los factores que ayudan a mitigar situaciones de sufrimiento, dolor o malestar la cercanía de los afectos emerge como un elemento de importancia.

Por último, se destaca por su ausencia la referencia ámbito laboral durante las internaciones; en contraposición, los aspectos relativos al trabajo y al dinero ocuparon un lugar preponderante en el decir de los usuarios y las usuarias al ser interrogados sobre las vivencias, las modificaciones y las situaciones de sufrimiento ocurridas durante el ASPO.

V – CONCLUSIONES

El objetivo del presente estudio es describir y analizar los efectos del aislamiento social en el uso de sustancias psicoactivas en personas con consumos problemáticos. Para poder llevarlo a cabo, es necesario comprender que el consumo de sustancias no es un elemento escindido de otros aspectos de la vida de las personas: los vínculos socio-afectivos, el proyecto existencial, las situaciones de sufrimiento psíquico, entre otros, son factores que se vinculan íntimamente con los usos de sustancias singulares de cada quien.

En consecuencia, entendemos que “... las transformaciones experimentadas durante el ASPO modificaron el modo de consumo de las sustancias psicoactivas, como también los hábitos y prácticas relacionadas. Las nuevas formas de organización en el ámbito doméstico repercutieron en todas las aristas de la vida cotidiana y el consumo de sustancias no fue la excepción. (...) las personas experimentaron procesos de reorganización en diversos ámbitos -laboral, educativo, doméstico, entre otros-, que incidieron en su modo de vida (...). Se desplegaron diversas estrategias (...) que permitieran acomodarse a la nueva realidad. Los cambios atravesaron los vínculos interpersonales de una manera desconocida y por lo tanto, también se dieron nuevas formas en el consumo de sustancias aún en transformación.”¹⁰¹

En un primer acercamiento, nos propusimos describir las respuestas psicosociales al aislamiento social (en tanto manifestaciones subjetivas ante situaciones disruptivas) en personas con problemáticas vinculadas al uso de sustancias. Estos procesos entran en funcionamiento en escenarios de desequilibrio para modular el impacto recibido y son entendidos como recursos subjetivos, es decir, son respuestas adaptativas ante escenarios conflictivos. Como fue dicho en forma reiterada, a los fines del presente estudio, resulta de central interés destacar el valor de la vivencia subjetiva y ponderar la voz de los usuarios y las usuarias, así como también cuestionar la patologización de procesos vitales que implican malestar, pero no necesariamente enfermedad.

Dentro de las respuestas psicológicas percibidas por los y las participantes de la muestra ante el escenario disruptivo planteado por las medias de aislamiento, se desprenden las siguientes subcategorías ordenadas de manera decreciente respecto a su frecuencia de aparición:

- efectos negativos del orden del padecer

¹⁰¹ OAD (2021), p. 7.

- fluctuaciones en las emociones, los pensamientos, los sentimientos
- efectos positivos
- percepciones y sensaciones de extrañeza.

Luego, advirtiendo la preponderancia de las respuestas psicosociales que implican sufrimiento, dolor o malestar, se procedió (de manera focalizada) a identificar los efectos adversos del aislamiento social en los y las participantes de la muestra. Como paso primero se indagó la categoría sufrimiento psíquico, ubicando en primer plano al malestar subjetivo que no se identifica necesariamente como una enfermedad mental objetivada. En base al discurso de los usuarios y las usuarias advertimos, dentro de la de esta categoría, los siguientes factores estresantes percibidos durante el ASPO (se los dispone de acuerdo a su orden decreciente de importancia):

- la distancia respecto de los seres queridos
- los riesgos y daños ante la posibilidad de enfermarse de Covid-19
- los malestares vinculados a la actividad laboral y el dinero
- el padecimiento respecto a las medidas de aislamiento en sí mismas
- los malestares relacionados al uso de sustancias.

En este punto, resulta pertinente plantear un interrogante y abrir un debate sobre si el impacto vivenciado por las personas es causado por la pandemia o por las medidas de aislamiento dispuestas. Entendemos que estas últimas son medidas de cuidado necesarias, no obstante, generan efectos adversos que es necesario conocer y mitigar.

Entonces, si bien las acciones y situaciones generadoras de sufrimiento psíquico mencionadas por los usuarios y las usuarias ocurrieron durante el período de aislamiento, no todas ellas se desprenden con claridad como un efecto del ASPO. De los factores referidos, aquellos que encuentran alguna de sus causas allí son la distancia respecto de los seres queridos y el padecimiento de las medidas de aislamiento en sí mismas. Paradójicamente, los riesgos y daños ante la posibilidad de enfermarse de Covid-19 tienen una importancia considerable en el decir de los y las participantes. Vemos aquí un punto de tensión entre el miedo a la enfermedad y el padecimiento por las medidas de cuidado propuestas.

Por otra parte, las preocupaciones relativas al dinero y al trabajo ocupan un lugar considerable dentro de los factores de sufrimiento referidos. Si bien no podemos afirmar que estas problemáticas se expliquen (de manera lineal) como consecuencia del ASPO, es de suponer (y así

lo reflejan los dichos de los y las participantes) que el aislamiento ha jugado allí un papel de preponderante. A su vez, resulta necesario medir el lugar de importancia que tiene la actividad laboral en el proyecto existencial de las personas¹⁰². Conjuntamente, la insuficiencia de recursos económicos representa un punto de vulnerabilidad social, al dar cuenta de “indefensión, inseguridad, exposición a riesgos y estrés” provocados por esa carencia¹⁰³. Este enfoque aporta una visión integral sobre las condiciones de vida de las personas que sufren falta de recursos económicos y, al mismo tiempo, considera las estrategias de las personas y sus redes de apoyo para enfrentar las situaciones que los afectan.

En este punto, para ponderar el impacto recibido, recordemos que el 69,2% de la muestra trabajaba antes del período de aislamiento. Esta situación se vio modificada durante el ASPO: de las personas que trabajaban antes del confinamiento, el 44% no tuvo continuidad laboral durante ese período. Conjuntamente, los usuarios y las usuarias que no trabajaban, continuaron sin hacerlo durante el ASPO. En sintonía con estos datos, más de la mitad de los y las participantes de la muestra (el 53,8%) refiere que sus ingresos se modificaron negativamente durante el aislamiento (es decir, percibieron menos dinero que antes).

Continuando con el análisis de los efectos adversos, se indagaron las modificaciones en el tono emocional percibidas por los y las participantes de la muestra. Al ser interrogados e interrogadas sobre su estado de ánimo durante el aislamiento, se advierte con claridad una preponderancia del polo depresivo y, a su vez, la ansiedad concomitante resulta altamente frecuente.

Respecto a los cambios en los modos de relación con los/as otros/as, como era de esperar, la mayoría de los y las participantes ubica modificaciones sustanciales (34 de 39 lo refieren). Los cambios más mencionados son: la incorporación o la potenciación de los intercambios virtuales (llamadas, videollamadas, mensajes, reuniones por zoom¹⁰⁴), la ausencia de contacto físico, la disminución o la suspensión de los encuentros presenciales, el aumento del tiempo compartido con algunas personas y el incremento de la distancia con otras. Asimismo, según el decir de los y las participantes, estas modificaciones en los modos de relación han sido un factor en la generación de

¹⁰² Herrera Bautista, M.; Rodríguez Rodríguez, G. (2014).

¹⁰³ CEPAL (2001).

¹⁰⁴ En este punto, recordemos que el 43,6% de la muestra refiere haber estado en contacto de manera virtual con otros y otras “casi todos los días” durante el ASPO y que, a su vez, el 64,1% manifiesta haber usado redes sociales “casi todos los días”.

malestar. Los elementos más referidos son (principalmente) el padecimiento del distanciamiento con los/as otros/as y (en ocasiones) el incremento de conflictos vinculares con el grupo conviviente.

El último aspecto indagado en el marco de los efectos adversos percibidos durante el ASPO son las modificaciones en las conductas cotidianas. Se desprende del contenido de las entrevistas el hecho de que casi todas las personas de la muestra manifiestan haber sufrido modificaciones en sus conductas habituales durante el período de aislamiento (34 de 39 lo refieren). Lo que se advierte (con insistencia) es la percepción de una pérdida de las rutinas habituales (un corte con lo que se venía realizando): un cambio sustancial en el hacer del día a día. En consecuencia, este escenario implicó la necesidad de “adaptarse” (de inventar algo nuevo), de llenar espacios vacíos (o padecerlos). Estos movimientos involucran la cancelación de proyectos (o la necesidad de modificarlos) y el aplazamiento en la concreción de anhelos y deseos. Las conductas del hacer diario afectadas que se presentan con mayor frecuencia en el decir de los usuarios y las usuarias son, principalmente, el trabajo y, luego, el dormir, la actividad física, la alimentación, la realización de tareas domésticas, la sexualidad y la práctica actividades recreativas.

Nuevamente aparece la actividad laboral como preponderante, por lo cual resulta necesario insistir sobre el lugar que esta ocupa en el proyecto existencial de las personas. Es decir, el trabajo se ubica como un elemento central de la vida social, “Lo es y lo ha sido en las más variadas sociedades del pasado. (...), el trabajo continúa estructurando nuestras vidas, nuestros tiempos, nuestras relaciones sociales.”¹⁰⁵. En síntesis, la actividad laboral resulta ordenadora en la vida de las personas y cumple una función positiva en la realización personal; a su vez, construye lazos y es un factor de desarrollo subjetivo y social.

Asimismo, resulta importante destacar que el trabajo es uno de los derechos humanos fundamentales y que la inclusión laboral de las personas es parte de su inclusión social. Los ciudadanos con padecimientos mentales históricamente han sido un grupo de riesgo en cuanto a vulneración de derechos, incluido el derecho al trabajo¹⁰⁶. Como parte del mismo escenario, sabemos el mercado laboral no es receptivo para con las personas que padecen problemáticas vinculadas al uso de sustancias.

¹⁰⁵ Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación (2012).

¹⁰⁶ Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2018).

Luego de este recorrido, se procedió a identificar modificaciones percibidas en los hábitos de consumo durante el aislamiento. Respecto al contenido de las entrevistas, primeramente, señalar que 30 de los y las 39 participantes de la muestra refieren haber consumido sustancias durante el ASPO. Asimismo, de las 9 personas que no usaron sustancias en ese período, una de ellas manifiesta haber dejado de consumir a raíz de la cuarentena y las 8 restantes sostenían abstinencia desde antes del confinamiento y continuaron sin consumir durante el mismo.

En segundo lugar, al conversar con los y las participantes, se advierten con claridad modificaciones en los hábitos de consumo durante el aislamiento (27 de los/as 39 así lo refieren). Dentro de estos cambios, destacamos la importancia y la preponderancia del incremento en uso de sustancias durante el ASPO: el 48,7% de los usuarios y las usuarias perciben aumentos en la frecuencia de los episodios de consumo y/o en la cantidad de sustancias consumida en cada ocasión. Este dato muestra un agravamiento de la problemática durante el período de aislamiento que resulta, en parte, previsible, dado que “...debemos tener presente que el consumo de sustancias psicoactivas puede ser, en muchos casos, una respuesta adaptativa individual que busca morigerar o superar la situación de estrés derivada del confinamiento social.”¹⁰⁷.

Asimismo, respecto a las razones que motivaron los aumentos en los consumos, los usuarios y las usuarias establecen correlaciones con: estados anímicos negativos (preocupaciones, ansiedad, pensamientos perturbadores), falta de actividades y responsabilidades, malestar vinculado al empleo y la falta de dinero, a la sensación de encierro, a la distancia respecto de los seres queridos. Es decir, se advierte un vínculo entre el aumento de los consumos y los efectos adversos del aislamiento percibidos por ellos y ellas que hemos analizados previamente¹⁰⁸.

Otros cambios mencionados por los entrevistados y las entrevistadas (más allá de la cantidad y la frecuencia) son los lugares de consumo y las personas con quienes se consume (ambos aspectos se presentan, casi siempre, encadenados). En consecuencia, se advierte que los consumos durante el período de aislamiento tuvieron lugar, principalmente, en la casa propia (o en alguna residencia cercana), se modificaron las personas con quienes se comparten esas escenas (privilegiando el consumo con gente geográficamente cercana) y, sobre todo, se incrementó el consumo en soledad.

¹⁰⁷ Observatorio de Adicciones y Consumos Problemáticos (2020).

¹⁰⁸ A su vez, ese aumento en el uso de sustancias, con frecuencia, acrecentó los padecimientos.

A continuación, como cierre del recorrido, se identificaron factores que ayudaron a aliviar los efectos adversos del aislamiento. En esta categoría se evidencia cierta dispersión en el contenido de los discursos y, en ocasiones, respuestas dubitativas. Sin embargo, en el decir de los usuarios y las usuarias, se advierte cierta recurrencia respecto a la importancia de:

- el vínculo con otros/as
- el tratamiento que realizan
- el hecho de tener ocupaciones

Estos datos destacan, nuevamente, la importancia de las redes socio-afectivas para el bienestar de las personas. En la misma línea, algunos y algunas participantes de la muestra advierten cambios positivos en la relación con los/as otros/as durante el ASPO destacando la unión y la cercanía entre las personas. A su vez, la mayoría de los usuarios y las usuarias manifiestan haber recibido ayuda por parte de otros y otras durante el aislamiento. En este punto, los dichos se ordenan, principalmente, en torno dos modalidades: ayuda económica y ayuda afectiva (contención, acompañamiento, soporte emocional). Esto nos conduce a subrayar que “Los cambios en la vida cotidiana producto del ASPO también modificaron las experiencias de atención y de cuidado individual y colectivo. En relación a los cuidados de y con otras/os, se mencionaron distintas formas de generar contención a distancia con familiares y amigas/os, como respuesta a la pérdida o debilitamiento de las redes de contención.”¹⁰⁹

Por último, señalar que el tratamiento ambulatorio que realizan los usuarios y las usuarias también resultó de gran ayuda durante el aislamiento según el decir de ellos y ellas. La continuidad del mismo estuvo garantizada durante ese período y funcionó, casi en su totalidad, de manera virtual/remota¹¹⁰.

Luego, ante la pregunta “¿qué función cumplió tratamiento durante la cuarentena y por qué?”, casi la totalidad de los y las participantes refieren aspectos positivos y, en ocasiones, fundamentales para su vida y su bienestar. Lo más valorado es la posibilidad de contar con: un espacio de trabajo psicoterapéutico, un lugar de escucha donde poder hablar, una ayuda para acotar o eliminar el consumo, un apoyo y un sostén emocional y la posibilidad de compartir su problemática con pares. Además, en relación a los factores adversos del aislamiento analizados en objetivos específicos previos, el tratamiento se presenta como un aliciente frente a esos

¹⁰⁹ OAD (2021), p. 7.

¹¹⁰ Huelga aclarar que todas las personas de la muestra cuentan con acceso a internet en sus casas (aunque el 28% refiere tener problemas frecuentes de conexión).

padecimientos. De esta forma, los y las participantes dicen encontrar en el tratamiento: un acompañamiento, un elemento que ordena la rutina, un espacio fundamental para mantener una estabilidad psíquica.

Por último, se compararon los efectos del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio con los efectos iatrogénicos generados por los tratamientos residenciales prolongados según la percepción de los usuarios y las usuarias que atravesaron esas experiencias.

Al realizar preguntas tendientes a indagar situaciones de sufrimiento psíquico durante las internaciones, se destaca como preponderante el malestar vinculado a la distancia respecto al entorno familiar y los afectos. En este punto, resulta pertinente poner en cuestión la ruptura con la comunidad que este tipo de tratamientos propicia con frecuencia en los primeros meses de la internación (cortando lazos socio-afectivos, limitando o impidiendo intercambios con el afuera). Cabe preguntarse si no radica allí una de las razones por las cuales son tan habituales el abandono de estos tratamientos en los períodos iniciales y las dificultades en la adherencia a este tipo de dispositivos.

Volviendo a los factores de sufrimiento psíquico referidos por los usuarios y las usuarias durante las internaciones, aparecen, en segundo lugar, los conflictos en la relación con otros y otras residentes y malestares vinculados a las normas rígidas de funcionamiento del dispositivo.

Por otra parte, respecto a las acciones o situaciones que los y las participantes consideran beneficiosas para disminuir o calmar las consecuencias negativas de las internaciones, no hay demasiadas coincidencias los discursos. El único elemento que aparece con cierta frecuencia es el apoyo y el acompañamiento del entorno cercano (familia y amigos).

En este primer acercamiento (cuyos desarrollos son parciales y sólo nos permiten hacer conjeturas que deben estudiarse con mayor rigor y profundidad) no se advierten con claridad puntos de contacto entre las consecuencias adversas del ASPO y los efectos iatrogénicos de los tratamientos residenciales prolongados. El único elemento digno de mención es la importancia de las redes socio-afectivas: la distancia respecto al entorno cercano se ubica como un factor preponderante de malestar en ambas situaciones. De manera análoga, entre las acciones y situaciones que ayudan a mitigar el sufrimiento, el dolor y el malestar, la cercanía de los afectos emerge como un elemento prioritario en los dos escenarios estudiados.

Por último, se destaca por su ausencia la referencia ámbito laboral durante las internaciones; en contraposición, como fue mencionado, los aspectos relativos al trabajo ocupan un lugar preponderante en el decir de los usuarios y las usuarias al ser interrogados sobre las vivencias y las situaciones de sufrimiento ocurridas durante el ASPO.

VI - AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer los apoyos institucionales recibidos para la realización del proyecto por parte del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación H. A. Barceló y de Fundación Convivir.

En segundo lugar, y no menos importante, el reconocimiento para con los investigadores colaboradores, los pasantes y los profesionales que realizaron tareas específicas en la ejecución del proyecto. Dentro de este colectivo, una mención especial para Sergio Remesar, cuya atenta lectura y perspectiva crítica fueron un eje ordenador central para poder llevar a cabo el estudio.

Por último, lo más importante: nuestra gratitud para con los usuarios y las usuarias que prestaron su tiempo y su saber poniendo en palabras (en ocasiones, no sin dificultad) vivencias subjetivas de un valor inconmensurable. Esperamos haber estado a la altura de tamaña generosidad y haber cumplido con la tarea más importante que nos propusimos: ponderar la voz de los usuarios y las usuarias y que los ecos de su decir recorran estas páginas.

VII – BIBLIOGRAFÍA

Abeldaño, R.; Lucchese, M.; Fernández, A. (2015). “Percepción del desastre y respuestas psicosociales en la comunidad de Tartagal (Argentina): aproximaciones cualitativas a partir del alud de 2009”, *Revista Chilena de Salud Pública*, 19(3).

Augsburger, AC. (2002). “De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave”, *Cuadernos Médico Sociales*, No 81, Mayo de 2002, 61-75.

Augsburger, AC. (2004). “La inclusión del sufrimiento psíquico, un desafío para la epidemiología crítica”, *Revista Psicología & Sociedad*. Mayo/agosto 2004; 16 (2): 71-80.

Aranda, C.; Pando, M. (2013). “Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social”, *Revista de Investigación en Psicología*. México, 2013- VOL. 16, N.º 1. PP. 233 – 245.

Bang, C. (2010). “La estrategia de Promoción de Salud Mental Comunitaria: una aproximación conceptual desde el paradigma de la complejidad”, *Memorias II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología* 22, 23 y 24 de noviembre de 2010. Disponible en: URL:

http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/publicaciones/la_estrategia.pdf

Berlinguer, G. (1994). *La enfermedad. Sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo*. Buenos Aires: Lugar editorial, 1994.

Brooks, SK.; Webster, RK.; Smith, LE. et al (2020). “The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence”, *The Lancet*, 2020; 395: 912-20.

Burín, M. (2010). “Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina”. Disponible en: URL: http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin_2010_Preprint.pdf?sequence=1

CEPAL (2001). “Vulnerabilidad social: nociones y políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI”, *Seminario internacional: Las Diferentes expresiones de la Vulnerabilidad Social en América Latina y el Caribe*, 2001. Disponible en: URL:

<http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/vulnerabilidad-social-nociones-e-implicancias-de-politicas-para-latinoamerica-a-inicios-del-siglo-xxi.pdf>

DeCS, Descriptores en ciencias de la salud. <https://decs.bvsalud.org/>

Decreto 603/2013.

DNU 297/2020. Disponible en: URL: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-297-2020-335741>

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2018). “Recomendaciones para la red integrada de salud mental con base en la comunidad”, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Disponible en: URL: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento221.pdf>

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2019). “Dispositivos de inclusión habitacional 2018”, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Disponible en: URL: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001260cnt-2019-01_dispositivos-inclusion-habitacional.pdf

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2020). “Covid-19. Recomendaciones sobre la salud mental para la población general”, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: URL: http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001467cnt-covid_recomendaciones-salud-mental-poblacion.pdf

Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós, 1990.

Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1997.

Gemini, D. (2019). “Estrategias de reducción de riesgos y daños en el tratamiento clínico”, 2º *Jornadas. Abordaje integral de los consumos problemáticos de drogas*. Buenos Aires: Fundación Convivir, 2019.

Herrera Bautista, M.; Rodríguez Rodríguez, G. (2014). “El sufrimiento social como un problema de salud pública”, *Archivos en Medicina Familiar*. Vol. 16 (4) 73-81.

Ley Nacional de Salud Mental, n° 26.657. Sancionada: Noviembre 25 de 2010. Promulgada: Diciembre 2 de 2010.

Lodieu, MT.; Longo, R.; Nabergoi, M.; Sopransi, MB. (2012). “Diagnóstico Comunitario y Modalidades de intervención comunitaria”, *Curso Salud Mental Comunitaria*. Universidad Nacional de Lanús, Departamento de Salud Comunitaria UNLa virtual. Disponible en: URL: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/786_psicologo_en centros/material/diagnostico_comunitario.pdf

Macías, M.; Madariaga Orozco, C. et al (2013). “Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico”, *Psicología desde el Caribe*. Universidad del Norte. Vol. 30 (1), 2013.

Menéndez, E. (2005). “El modelo médico y la Salud de los Trabajadores”, *Salud Colectiva*. Enero-Abril 2005; 1 (1): 9-32.

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación (2012). “Construir futuro con trabajo decente. Cuaderno de trabajo”. Disponible en: URL: http://www.trabajo.gob.ar/downloads/domestico/explora_capacitacion_docente.pdf

OAD (2021). “Eje 2. Modificaciones en las prácticas de consumo en población general. Resumen ejecutivo”, *Estudio nacional sobre las modificaciones en los consumos de sustancias y las respuestas asistenciales implementadas a partir del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio por Covid-19*. Disponible en: URL: <https://www.argentina.gob.ar/sedronar/investigacion-y-estadisticas/observatorio-argentino-de-drogas/estudios/ultimas-publicaciones?fbclid=IwAR00aGYFKtcMGza7qPzAqSpOVOsBKeVF19pfGqcdfygb3Law - FmiB9L5Tg>

Observatorio de Adicciones y Consumos Problemáticos (2020). “Consumo de alcohol, tabaco y estupefacientes durante la emergencia sanitaria por el Covid-19”, Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires. Disponible en: URL: <https://www.defensorba.org.ar/contenido/covid-19-y-adicciones-estudio-sobre-consumo-de-tabaco-alcohol-y-estupefacientes->

OMS (2020). “Aumentar sustancialmente las inversiones para evitar una crisis de salud mental”, comunicado de prensa del 14 de mayo de 2020. Disponible en: URL: <https://www.who.int/es/news-room/detail/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis>

OPS (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. — 10a. revisión. Washington, D.C.: OPS, 2008.

OPS (2006). *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres*. Washington, D.C.: OPS, 2006.

Pfefferbaum, B.; North, CS. (2020). “Mental Health and the Covid-19 Pandemic”, *The New England Journal of Medicine*, April 13, 2020. Disponible en: URL: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2008017>

Poliansky, N. (2020). “Prevención en consumos problemáticos desde el enfoque de reducción de riesgos y daños”, Capítulo Estrategias de Reducción de Riesgos y Daños en el Abordaje Integral de los Consumos, Asociación Argentina de Salud Mental. Texto inédito.

Real Academia Española. <https://www.rae.es/>

Stolkiner, A. (2013). “Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental”, capítulo de libro en prensa. Compilador: Hugo Lerner, Colección FUNDEP. Buenos Aires: Psicolibro. Disponible en: URL: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_2/stolkiner_medicalizacion_de_la_vida.pdf

United Nations (2020). “Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health”. Disponible en: URL: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf