



FUNDACIÓN H. A.  
**BARCELÓ**  
FACULTAD DE MEDICINA



# TRABAJO DE INVESTIGACIÓN FINAL

## CARRERA: PSICOLOGÍA

DIRECTOR DE LA CARRERA:

Dr. Cervone, Nélica

NOMBRE Y APELLIDO:

Ferreira, Lautaro

TUTOR:

Lic. Stirnemann, Viviana

FECHA DE PRESENTACIÓN

Febrero de 2019

FECHA DE DEFENSA DE TRABAJO FINAL:

14/03/19

TÍTULO DEL TRABAJO:

*Rescate de lo Subjetivo en un Terreno Dominado por lo Legal y lo Represivo*

SEDE:

La Rioja

Sede Buenos Aires  
Av. Las Heras 1907  
Tel./Fax: (011) 4800 0200  
☎ (011) 1565193479

Sede La Rioja  
Benjamín Matienzo 3177  
Tel./Fax: (0380) 4422090 / 4438698  
☎ (0380) 154811437

Sede Santo Tomé  
Centeno 710  
Tel./Fax: (03756) 421622  
☎ (03756) 15401364



**Instituto Universitario de Ciencias de la Salud  
“Fundación Barceló”**

***Rescate de lo Subjetivo en un Terreno Dominado  
por lo Legal y lo Represivo***

**Equipo de Docentes:**

- **Directora de la Carrera:** Dra. Cervone, Nélida.
- **Asesora:** Lic. Stirnemann, Viviana.
- **Asesor Metodológico:** Lic. Gallardo, Horacio.

**Año 2019**



***“Rescate de lo Subjetivo en un Terreno  
Dominado por lo Legal y lo Represivo”***

**Autor:**

Ferreira, Lautaro

**Clasificación:**

**Fecha:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*A la memoria de  
mi tía Laura*

## Agradecimientos

*A mis viejos, a mamá y a papá, por el apoyo incondicional durante estos cinco años, por haberme transmitido desde pequeño la importancia del estudio como herramienta emancipadora para lo personal y para lo colectivo. A ellos les dedico mi título universitario de Licenciado en Psicología.*

*A mis cuatro hermanos, Maxi, Emi, Toto y Ger, que siempre estuvieron presentes apoyándome y fueron mis modelos preferidos a seguir para llevar adelante la vida universitaria. A mis cinco sobrinitos, de los cuales tres llegaron en medio de mi vida universitaria, por haberme alegrado los días con sus ocurrencias y por permitirme verlos crecer y descubrir el mundo.*

*A Gisela, mi compañera desde hace más de un año y medio, por la compañía, el amor, la escucha incondicional y por haberme sostenido cuando la vida me dio reveses complejos. Te amo.*

*A mis dos grandes grupos de amigos: la "Demoraos Crew", Mathu, Mauri, Fer y Ferni, por haberme alentado en todo este proceso, y a la "Wais Crew", Vale, Ema, Mati y Lucho, como siempre les dije, nada de esto hubiese sido tan llevadero y divertido sin su compañía incesante durante estos cinco años. Gracias por la escucha, las horas de clases, por los termos de mates juntos, por las salidas, los viajes, las juntadas, los karaokes y la diversión que siempre estuvo presente. Son enorme y eternos colegas.*

*También a mis amigas y compañeras de carrera, Carli, Belu, Ro y Dani por las horas y horas juntos y todas las experiencias que compartimos.*

*A la Fundación Barceló y al equipo de docentes de la carrera por toda las enseñanzas. Especialmente al Lic. Gómez Emanuel, por los conocimientos y la confianza transmitida desde el inicio hasta el final de este camino, y, a la Lic. Stirnemann Viviana, por haber sido mi asesora en el TIF y por valores transmitidos para el ejercicio de la profesión.*

*Al Centro Terapéutico Makipura, especialmente al Equipo de Admisión y a la Lic. Vega Melisa, por abrirme las puertas y estar a disposición para la realización de mi TIF.*

*Y finalmente, a mi tía Laura, una pérdida muy temprana, por haber sido desde mi infancia hasta hoy un espacio de amor, calma, y mi refugio incondicional. A ella dedico este Trabajo Integrador Final.*

# Índice

<b>1. Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Contextualización.....</b>	<b>2</b>
<b>3. Fundamentación.....</b>	<b>9</b>
3.1 Justificación.....	9
3.2 Planteamiento del Problema.....	11
3.3 Marco Teórico.....	12
• Breve Recorrido Histórico sobre la Regulación Social y Legal del Uso de Sustancias.....	12
• Políticas Públicas y Marcos Legales Vigentes en Materia de Drogas (EEUU y Argentina).....	15
• Modelo Abstencionista-Prohibicionista.....	27
• Ley Nacional de Salud Mental. Derecho a la Protección de la Salud Mental – Ley N° 26.657.....	29
• Modelo de Reducción de Daños.....	31
• Consideraciones Clínicas sobre la Adicción.....	35
• FODA.....	38
<b>4. Objetivos.....</b>	<b>41</b>
<b>5. Diseño Metodológico.....</b>	<b>42</b>
5.1 Unidad de Análisis.....	42
5.2 Variables.....	42
5.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	43

<b>6. Articulación Teórico-Práctica.....</b>	<b>44</b>
6.1 Descripción del Trabajo Desarrollado.....	44
• Marcos que Configuran Prácticas.....	45
• El Surgimiento de la Ley Nacional de Salud Mental, momento cambios.....	51
• Entonces, ¿qué hacemos y cómo lo hacemos? .....	56
• A los fenómenos complejos, análisis complejos.....	65
<b>7. Conclusión.....</b>	<b>69</b>
<b>8. Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>71</b>
<b>9. Anexos.....</b>	<b>74</b>
9.1 Entrevistas.....	74

## 1. Introducción.

El presente trabajo se confeccionó a los fines de cumplimentar el requisito último e indispensable para obtener el título de la Licenciatura en Psicología que expide el Instituto Universitario de Ciencias de la Salud "Fundación H. A. Barceló".

En el mismo, se pretenderá abordar cómo se está llevando adelante la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental Derecho a la Protección de la Salud Mental N° 26.657 (de ahora en más LNSM) en el campo de las Adicciones, en la provincia de La Rioja.

La LNSM propone un cambio radical de paradigma al considerar a las adicciones como una temática perteneciente al campo de salud y al usuario de drogas como un sujeto con padecimiento mental, además garantiza la atención de esta temática en todos los servicios de salud y propone el Modelo de Reducción de Daños (de ahora en más MRD) como estrategia terapéutica para el abordaje de la problemática.

Por su parte, la realidad que presenta La Rioja, al momento de la investigación, es la siguiente, la temática de adicciones no forma parte del Ministerio Provincial de Salud sino que depende del Ministerio de Gobierno de la Provincia.

De esta manera, la selección del tema de investigación se presenta como una oportunidad para poder dilucidar el impacto que tienen las diferencias existentes entre la legislación y lo que sucede en la práctica propiamente dicha en el proceso de implementación de los lineamientos de la LNSM en el campo de las adicciones.

A fin de recoger y recopilar los datos pertinentes que aporten respuestas a los interrogantes planteados para su posterior articulación teórica, se realizaron prácticas pre profesionales intensivas con el Equipo de Admisión del Centro Terapéutico Makipura, dependiente del Ministerio de Gobierno de la Provincia.



## 2. Contextualización

En función al tema a investigar, se ha recurrido al convenio existente entre el Instituto Universitario "Fundación H. A. Barceló", con el Centro Terapéutico Makipura, para poder llevar a cabo las prácticas supervisadas intensivas correspondientes a la temática seleccionada con el Equipo de Admisión del dispositivo provincial mencionado.

El Centro Terapéutico Makipura es una organización pública, que funciona actualmente en Abel Bazán y Bustos 472, La Rioja, Capital, CP (5300). En el horario de atención desde lunes a viernes de 08:00hs. a 13:00hs. y de 14:00hs. a 20:00hs. (Tel.0380-4468516)

Fue fundado en el año 2006 por el Ministerio de Salud, a través del programa Calidad de Vida y en articulación con la Coordinación Provincial de Prevención de Adicciones (CODRONAR), se encontraba ubicado al momento de su fundación en la calle 9 de Julio. Luego, en el año 2007 se transforma en Centro De Día. Se realizaba solamente trabajo ambulatorio.

En el año 2008 se crea la Secretaría de Prevención de Adicciones, a cargo del Dr. Alberto Andalor, la cual está integrada dentro del Ministerio de Gobierno de la Provincia. La misma cuenta en la actualidad con cuatro direcciones: la Dirección General de Asistencia, la Dirección General de Prevención, La Dirección de Promoción y Abordaje Barrial, y la Dirección de Administración.

El Centro Terapéutico Makipura, desde dicho año hasta la actualidad, forma parte de la Secretaría de Prevención de Adicciones y está ubicado dentro de la Dirección General de Asistencia.

El nombre "*Makipura*" surge recién en el año 2008. Para su elección se realizó un concurso con los usuarios que asistían a la institución en ese momento, bajo la consigna de elegir un nombre que sea representativo del trabajo que se realizaba en el dispositivo. Fue elegido como ganador la palabra *Makipura* el cual es de origen quechua y cuyo término significa en castellano *Cambio en Acción*.

En el año 2012, la institución se traslada a la sede actual. Con el cambio de sede vinieron aparejadas modificaciones en la estructura y funcionamiento. Se crea el equipo de admisión, se incorporan profesionales para realizar únicamente tratamiento ambulatorio, en base a la demanda de la población se crean dispositivos como Hospital de Día y Tarde, Grupo Cambio en Acción, Grupo Pre Terapéutico.

La dirección de la institución está a cargo, al momento de la investigación, de la Lic. Juana Herrera, quien coordina un equipo integrado por médicos, psicólogos, terapistas ocupacionales, trabajadores sociales, acompañantes terapéuticos, profesores de educación física y personal administrativo.

El dispositivo recibe población de ambos sexos mayores de 14 años, quienes pueden solicitar asistencia por propia voluntad, concurriendo solos o acompañados por sus padres. Además, los consultantes pueden ser derivados por el Poder Judicial en el marco de la legislación civil y penal a través de la Secretaría de Prevención de Adicciones.

El objetivo fundamental del dispositivo es brindar atención integral a adolescentes y adultos de ambos sexos, involucrados en el consumo de drogas y otras sustancias adictivas. Para ello, cuenta con dispositivos interdisciplinarios, que realizan una intervención terapéutica integral consistente en orientación a pacientes y familiares, tratamientos psicoterapéuticos individuales y familiares, espacio grupal de referencia, talleres de actividades ocupacionales, actividades físicas, deportivas, seguimiento social, intervenciones psicoeducativas.

Para el año 2019 la proyección institucional es incorporar nuevos dispositivos, como un grupo terapéutico para adultos que soliciten tratamiento por voluntad propia y formalizar el trabajo de la institución en relación a la Ley Nacional de Salud Mental, con esto se espera lograr que la práctica de la institución se apoye en el nuevo paradigma en salud mental, para ello se ha llevado a cabo desde mediados del 2018 la revisión y modificación del protocolo institucional.

## **Equipo de Admisión del Centro Terapéutico Makipura**

1. Conformado por tres áreas:

Trabajo Social – Psicología – Psiquiatría.

2. Integrado por:

Tres Trabajadores Sociales.

Tres Psicólogos.

Dos Médicos Psiquiatras.

3. Sus funciones son:

- Realizar el proceso de admisión.
- Construir un esquema terapéutico.
- Brindar tratamiento psicológico.
- Brindar tratamiento y/o Seguimiento al usuario y a la familia por parte del Área Social.
- Brindar tratamiento y/o Seguimiento psiquiátrico.

El usuario que ingresa por primera vez al Centro Terapéutico Makipura atraviesa el **Proceso de Admisión** donde es evaluado por las tres áreas que componen al equipo. El área que inicia el proceso de atención se establece según el profesional que tenga disponibilidad en el momento que el equipo es informado del caso.

La primera área en evaluar al usuario informa en interconsultas al siguiente profesional en la cadena de atención sobre las características del caso, entonces éste cuenta con una primera aproximación del mismo, así al momento de abordarlo identifica ciertas áreas en las que puede focalizar la entrevista y/o aspectos que serían pertinentes de profundizar. El tercer profesional es informado por el segundo sobre las características del caso, entonces cuenta ya con un gran caudal de información del caso para pensar preguntas o definir las áreas de mayor importancia a explorar.

Luego de que el usuario es evaluado por las tres áreas que componen al equipo admisión, el proceso de admisión continúa en las **Reuniones de Equipo**.

En las reuniones se trabajan los siguientes ejes:

- Admisiones.
- Readmisiones.
- Altas Terapéutica.
- Bajas de Tratamiento.
- Seguimientos de los Tratamientos.
- Seguimientos de las Altas Terapéuticas.

Para cada caso se debe definir lo siguiente:

- hipótesis diagnóstica,
- posibles dispositivos en los que se lo podría incorporar al usuario,
- pronóstico,
- esquema de tratamiento,
- si el caso requiere continuar el proceso de admisión porque faltan datos.

**Diagnóstico.** En caso de que el equipo defina un diagnóstico, el mismo se realiza teniendo en cuenta la Escala de Evaluación Multiaxial que propone el DSM IV.

**Dispositivos y Esquema de Tratamiento.** En caso de que se defina un esquema de tratamiento, el **usuario** puede ser incorporado en alguno de los dispositivos del Centro Terapéutico Makipura, los cuales están a cargo tanto de profesionales pertenecientes al equipo de admisión y como de otros profesionales que no son miembros del mismo<sup>1</sup>. También, el equipo puede definir que el usuario realice algún tipo de tratamiento en un dispositivo externo a la institución, como pueden ser, psicoterapia psicológica y/o tratamiento psiquiátrico en el lugar de origen o en instituciones públicas de la capital, internación en el Servicio de Salud Mental del Hospital Vera Barros, Centro de Rehabilitación de Adicciones Abitus.

En cuanto al **Grupo Familiar**, se los incluye en el tratamiento del usuario desde el momento inicial del tratamiento. Cuentan con un espacio en el proceso de admisión, de devolución y existen espacios terapéuticos específicos para la

---

<sup>1</sup> Ver Organigrama Institucional en la pág 8.

familia. En el caso de los menores de edad, se intenta identificar un referente afectivo que se incorpore al tratamiento desde los inicios. En el caso de los mayores de edad, de igual manera se intenta identificar un referente afectivo que se incorpore al tratamiento desde los inicios.

En el proceso de admisión y en la entrevista de devolución se otorga un espacio al grupo familiar donde se informa a cerca de la situación de salud del usuario, las modalidades de tratamiento y se deja lugar a que planteen dudas y/o preguntas. Existen dispositivos terapéuticos diseñados para el grupo familiar<sup>2</sup>.

Cuando han sido definidos estos aspectos (diagnóstico, dispositivos, esquema, entre otros), el equipo llega a una definición sobre el caso y lo que puede suceder es lo siguiente:

**1.** El equipo llega a la definición de un esquema de tratamiento, entonces realiza la Entrevista de Devolución y se construye un Informe sobre el caso.

La Entrevista de Devolución se realiza con el usuario y/o el grupo familiar. Donde se les comunica cómo será el tratamiento que se le ofrecerá al usuario, los motivos por los que se ha decidido que se configure de esa manera, se pregunta si acuerdan con el mismo y se deja un espacio para que el usuario plantee sus dudas e inquietudes al respecto.

En el Informe se construye considerando las tres áreas de evaluación, primeramente cada área redacta de manera individual las particularidades del caso en base a puntos específicos; y segundo, el equipo de admisión realiza conclusiones y sugerencias en conjunto. De esta manera el proceso admisión culmina aquí, con la entrevista de devolución.

**2.** El equipo define que aún no se cuenta con los datos suficientes para establecer hipótesis con cierta grado de certeza, entonces se define que el proceso de admisión debe extenderse con el fin de poder recabar mayor cantidad de datos y en la próxima reunión de equipo el caso será nuevamente trabajado a luz de la nueva información y se intentará definir un esquema de tratamiento.

---

<sup>2</sup> Ver Organigrama Institucional en la pág. 8.

De esta manera, el proceso de admisión no se agota al realizar las tres áreas la primer serie de entrevistas, si no que se extenderá según las particularidades del caso hasta que el equipo pueda definir con cierto grado de certeza hipótesis presuntivas sobre el caso.

### **Tipo de Usuario**

El usuario que se ha recortado para la investigación es el siguiente: *casos de adultos judicializados con oficio por consumo problemático de sustancias.*

**Judicializados** refiere aquel ciudadano que posee una causa legal en curso, en marcha, que aún no ha sido concluida.

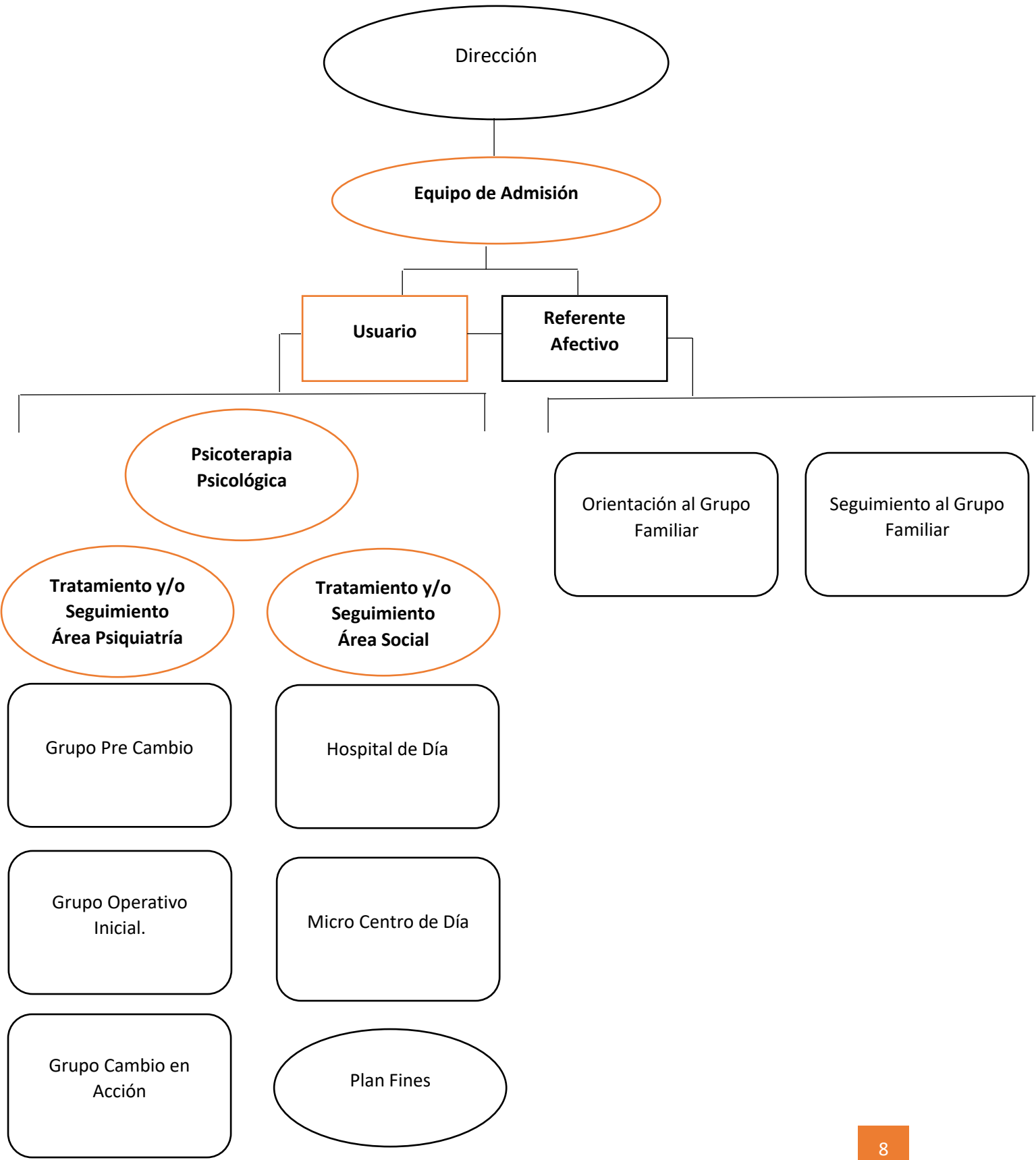
**Oficio** refiere a que en medio del curso de la causa legal los legos solicitan informes a instituciones pertinentes sobre algún elemento que es necesario esclarecer. En este caso se trata del estado de salud mental del acusado, entonces el sujeto es enviado con un oficio a ser evaluado por el Equipo de Admisión del Centro Terapéutico Makipura.

**Consumo Problemático** refiere a aquel usuario que al momento de la consulta presenta un consumo de sustancias psicoactivas que han generado un deterioro en su salud y consecuencias de tipo social de connotación negativa acompañado de un impulso físico y psíquico irrefrenable por el consumo de dicha sustancia.

Estos usuarios presentan las siguientes características:

- ❖ consumo crónico,
- ❖ realización de tratamientos en múltiples ocasiones, tanto ambulatorios como internaciones
- ❖ fracaso en tratamientos anteriores,
- ❖ alto nivel de deserción en los tratamientos,
- ❖ secuelas neuro-cognitivas y psíquicas permanentes por el uso de drogas.
- ❖ no presenta demanda de tratamiento.

**A continuación se presenta el Organigrama Institucional del Centro Terapéutico Makipura:**



### 3. Fundamentación

#### 3.1. Justificación

La LNSM Derecho a la Protección de la Salud Mental N° 26.657, sancionada en el año 2010, se presenta como un hito histórico para el campo de la salud mental de nuestro país, ya que supuso un cambio de paradigma en la concepción y en el abordaje de las problemáticas de salud mental.

El foco de interés del presente trabajo de investigación recorta uno de los aspectos que plantea esta ley, el campo de las Adicciones, ya que la misma significó un cambio radical en la concepción de esta problemática.

Los lineamientos al respecto proponen dejar en el pasado el *Modelo Abstencionista-Prohibicionista*, el cual se enfocaba en la criminalización, judicialización y estigmatización de las personas con problemáticas de adicción, ubicando al usuario de drogas en el lugar de delincuente, para pasar a trabajar desde el *MRD* el cual ubica a la problemática en el ámbito de la salud y se enfoca en la construcción de estrategias para el abordaje de los daños colaterales relacionados con el uso de drogas, teniendo como objetivo disminuir los efectos negativos que produce el consumo de drogas, y a partir de allí, construir conjuntamente con el sujeto que demanda objetivos de mayor complejidad, con el fin de mejorar la calidad de vida de los usuarios de drogas.

Además, la LNSM en el Artículo N° 4 incluye a las Adicciones como una temática de salud mental, reconoce al usuario de drogas como una persona con padecimiento mental y garantiza la atención de las personas con dicha problemática en todos los servicios de salud.

Este modelo de abordaje que propone la LNSM, se encuentra en contradicción con lo que propone al respecto la Ley Nacional de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes N° 23.737 sancionada en el año 1989. Ésta última plantea un modelo de abordaje de la temática de adicciones basado en medidas



de seguridad curativas y en medidas de seguridad educativas, que se enfocan en el control y castigo del usuario de drogas y a su vez lo obliga a realizar tratamiento psicológico.

Produciéndose, entonces, un conflicto entre ambas leyes, ya que, primero, se contradicen en la propuesta de modalidad de abordaje, y, segundo, ambas se encuentran en vigencia, al momento de la investigación.

En La Rioja, la Ley Provincial de Salud Mental Ley de Protección de la Salud Mental N° 9.098, sancionada en el año 2013, subscribe a todos los lineamientos que propuestos por la ley nacional, por lo tanto, también incluye a las problemáticas de adicciones dentro de la salud mental.

Lo que motiva el presente trabajo de investigación es el aspecto particular que presenta la provincia de La Rioja, al momento de la investigación, en la temática de adicciones, ya que dicha problemática no está incluida dentro del Ministerio Provincial de Salud sino que se encuentra emplazada en el Ministerio de Gobierno de la Provincia, de esta manera en nuestra provincia se excluye del campo de la salud a las adicciones.

Considerando lo desarrollado hasta aquí, surgen las siguientes preguntas: *¿Cómo se lleva adelante la construcción de estrategias de abordaje de esta problemática teniendo en cuenta la exclusión de las adicciones del campo de la salud?; ¿Cómo se opera ante el desencuentro entre lo que proponen la Ley 23.737 y la Ley 26.657?; ¿Qué sucede, entonces, con el modelo de reducción de daños?; ¿Cuáles son los principales obstáculos, contradicciones a la hora del abordaje en las organizaciones especializadas en la atención de la temática de adicciones a partir de estas disonancias?; ¿Cuáles son los desafíos a nivel provincial para la concreción del paradigma propuesto por la Ley 26.657?*

El interés del presente trabajo de investigación es arrojar a la luz sobre cómo la provincia de La Rioja está llevando a cabo la implementación de la LNSM en relación al MRD en el campo de las adicciones, teniendo en cuenta la disonancia existente en la temática en nuestra provincia y entre las leyes nacionales antes mencionadas.

### 3.2. Planteamiento del problema

La LNSM N° 26.657 y la Ley Provincial de Salud Mental N° 9.098 proponen incorporar a las adicciones al campo de la salud mental y garantizar el abordaje de dicha problemática en todos los servicios de salud. Sin embargo, en la provincia de La Rioja la temática de adicciones está a cargo del Ministerio de Gobierno de la Provincia y no del Ministerio Provincial de Salud. De esta manera, existe una diferencia entre lo que propone el ministerio nacional de salud al respecto y lo que en la provincia de La Rioja se está llevando a cabo en la práctica.

A su vez, existe una diferencia en la modalidad de abordaje de la temática entre lo proponen, por un lado, la LNSM que establece el MRD, y por otro, la Ley Nacional de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes que establece el Modelo Abstencionista.

Por lo tanto, se ha definido como pregunta guía de la investigación, la siguiente: **¿Cómo el Equipo de Admisión del Centro Terapéutico Makipura está llevando adelante la implementación lo que proponen la ley nacional y la ley provincial de salud mental en relación al modelo de reducción de daños para el consumo problemático de sustancias en los casos de adultos judicializados con oficio, situado en la provincia de La Rioja durante el periodo septiembre – noviembre de 2018?**

### 3.3. Marco Teórico.

#### Breve Recorrido Histórico sobre la Regulación Social y Legal del Uso de Sustancias

Slapak, Sara<sup>3</sup> y Grigoravicius, Marcelo<sup>4</sup> (2007) sostienen que el uso de sustancias psicoactivas no ha sido siempre percibido como un problema social sino recién a fines del siglo XIX y principios del siglo XX el uso de dichas sustancias fue problematizado por las sociedades. Éstas construyen una forma particular de ver la realidad y una manera única de interpretar la misma en base a los avatares históricos, políticos, sociales y/o económicos. Ante esto, sostienen los autores que es fundamental **realizar un recorrido histórico que permita analizar la evolución histórica del uso de sustancias**, con el cual será posible conocer cómo en las diferentes etapas de la humanidad, las diferentes sociedades han concebido, regulado, ponderado y/o sancionado el uso de ciertas sustancias psicoactivas.

1) El uso de sustancias psicoactivas se remonta al comienzo mismo de la humanidad, casi en la totalidad de los **más antiguos grupos y tribus de cazadores y recolectores** utilizaban numerosas variedades de hierbas, hongos y plantas que contenían múltiples principios psicoactivos como elementos terapéuticos para abordar las enfermedades. En esa época se consideraba a éstas como sinónimo de castigo divino y de impureza - medicina, magia y religión eran indisolubles - entonces requería como correlato practicas terapéuticas asociadas a la magia y la religión. Es decir, el consumo de sustancias psicoactivas estaba íntimamente ligado a factores culturales, incluido y condicionado por las particularidades de las respectivas cosmovisiones.

2) En el Antiguo Egipto, las recomendaciones morales tenían lugar para casos aislados en los que se observaba el abuso de alcohol. En la Biblia se hace alusión al consumo de vino, adoptando una actitud ambivalente, por un lado se

<sup>3</sup> SLAPAK, Sara (2007) Psicóloga, co-autora de "Consumo de Drogas: la Construcción de un Problema Social".

<sup>4</sup> GRIGORAVICIUS, Marcelo (2007) Psicólogo, co-autor de "Consumo de Drogas: la Construcción de un Problema Social".

celebra sus bondades para con el hombre, y por otro lado, se condena el consumo excesivo por parte de sacerdotes y profetas. Puede observarse que, no obstante, lo extendido del uso de sustancias psicoactivas en la **Antigüedad**, su consumo parece no representar un problema social universal. Si bien existen registros acerca de recomendaciones y preceptos morales, estos se dirigían casi exclusivamente a casos aislados con consumos excesivos, o al uso profano, pero no hacia las sustancias psicoactivas en sí mismas.

**3) En Grecia**, con las ideas de Hipócrates y Galeno la medicina se aparta de la magia y la religión apareciendo un nuevo uso de sustancias psicoactivas. De esa época proviene la utilización de la noción griega sobre droga que se expresaba mediante el término "**Phármakon**", que indica a la vez la idea de remedio y veneno, las dos significaciones inseparablemente; ningún fármaco era considerado inocuo ni altamente peligroso en sí mismo, sino que la frontera entre el remedio y el veneno estaba dada por el uso que las personas hacían de las sustancias, específicamente de la dosis utilizada. Hubiera resultado inadmisibles en esa época pensar en drogas *buenas* o *malas* para el ser humano, ya que el concepto se encontraba despojado de valores morales. Se evidencia así la inexistencia de una regulación expresa sobre el consumo de sustancias psicoactivas.

**4) Cuando el Imperio Romano** se cristianiza, la fusión del Imperio y la Iglesia trae aparejada la desaparición del concepto de "Phármakon"; ya no existen sustancias que puedan resultar remedio o veneno según el uso que se hagan de ellas, sino que uso de ciertas sustancias (plantas, hongos y arbustos) comienza a relacionarse con la desviación, el pecado y la brujería. De esta manera aparece en escena un severo sistema legislativo y punitivo sobre el uso de sustancias psicoactivas.

**5) En la Modernidad** con el surgimiento de los estados nacionales modernos se producen numerosos cambios en casi todos los ámbitos. La autoridad de la fe cede el paso a la autoridad de la razón, y por lo tanto muchas de las sustancias psicoactivas otrora prohibidas y perseguidas son ahora utilizadas por la medicina que resurge como ciencia moderna, junto a la química, la botánica y otras disciplinas, separándose de la consideración moral, de la magia y la brujería. Los desarrollos y descubrimientos de la bioquímica moderna impulsan el conocimiento acabado sobre la estructura, el funcionamiento y el

uso de diversas sustancias psicoactivas. A partir de este momento son pasibles de ser investigadas, utilizadas con fines terapéuticos y por ende comercializadas. Los laboratorios europeos producen y comercializan legalmente casi la totalidad de las sustancias psicoactivas descubiertas hasta el momento, como la morfina, la heroína, la cocaína, el éter y el cloroformo, entre otras. Existe un uso moderado pero generalizado de dichas sustancias, y aunque se registran casos de adicción aislados, su existencia no supone un problema social, ni sanitario, ni jurídico, ni policial.

6) Uno de los factores fundamentales para el cambio de posición respecto del consumo de sustancias psicoactivas, puede ubicarse en ciertos movimientos sociales que comienzan a gestarse en los **Estados Unidos a fines del siglo XIX y principios del siglo XX**. Pueden ubicarse como raíces de tales movimientos, la moral protestante vigente en los siglos XVIII y XIX que hace de la abstinencia una obligación moral para el ser humano, pretendiendo proteger a los hombres de sus propios excesos; vale decir, protegerlos de sí mismos. Dichos preceptos morales, aunque continúan existiendo, fueron reemplazándose poco a poco por fundamentos de orden sanitario y social que se complementan con aquellos. Estas tendencias de origen diverso confluirán en políticas prohibicionistas que combinarán principios científicos y severos preceptos morales, condenando fuertemente el uso de ciertas sustancias psicoactivas. Son las bases de un proceso, iniciado en Estados Unidos, que hace del consumo de sustancias no sólo un problema de salud, sino uno de orden público y de seguridad ciudadana, construyéndose de esta forma, una concepción moral del problema que será trasladado poco a poco a otras latitudes del mundo.

## **Políticas Públicas y Marcos Legales Vigentes en Materia de Drogas (EEUU y Argentina)**

**Freud**<sup>5</sup>, plantea que el ser humano desarrolla una serie de artilugios que le permiten alcanzar sus objetivos, enfrentar las situaciones de sufrimiento y angustia. Entre ellos encontramos lo que el autor denomina "quitapenas", y sostiene que "los hombres saben que con ese 'quitapenas' siempre podrán escapar al peso de la realidad, refugiándose en un mundo propio que ofrezca mejores condiciones para su sensibilidad" (Freud, 1930). En el mismo trabajo, el autor sostiene que es necesario que exista una norma, una ley que regule y ordene la vida a los sujetos que viven en comunidad para protegerlos de su propia destrucción, es decir, de la pulsión y garantizarles así la subsistencia (Freud, 1930). Entonces la ley es necesaria para que las sociedades puedan seguir existiendo y no sucumban ante la pulsión de muerte.

De esta manera, las sociedades han establecido un conjunto de normas que regulan y sancionan los actos de las personas que tengan algún tipo de implicación con el uso de sustancias psicoactivas o "quitapenas".

**A continuación, se presentan y analizan las principales políticas públicas y marcos legales que Estados Unidos y Argentina presentan en materia de Drogas.** Se hace un análisis de las políticas de Estados Unidos porque las mismas, como se verá, tienen un impacto directo sobre las decisiones que Argentina toma en materia de drogas.

### **Políticas Públicas y Marcos Legales de Estados Unidos en Materia de Drogas.**

En la década de 1980 la explosión del consumo de cocaína y la violencia que la misma generaba llevó al gobierno estadounidense a considerar que la producción, el tráfico, la venta y el consumo de drogas ilegales representaban un problema para la seguridad nacional de su país.

---

<sup>5</sup> FREUD Sigmund (1930) Neurólogo y Psicoanalista, autor de "El Malestar en la Cultura".

Ante ello se adoptaron políticas antidroga, tanto en el exterior como en el interior del país, que sentaron las bases para lo que históricamente se conoce como **guerra contra las drogas**.

Puertas adentro, EE.UU desarrollo una serie de leyes rígidas, fortalecimiento a la aplicación de las mismas y encarcelamientos masivos.

En el exterior, se llevó a cabo lo que se conoce como **Plan Andina**. Este representa el conjunto de políticas y prácticas que Estados Unidos define para Latinoamérica en materia de droga y que establece el inicio de la *guerra contra las drogas* en el exterior de dicho país. El mismo se implementa desde los inicios de los años noventa y sus consecuencias, modelos, marcos legales siguen teniendo en el año 2018 vigencia para toda la región latinoamericana.

Dicho plan se basó en la **militarización de la región latinoamericana**, Colombia, Perú, Ecuador, Bolivia y México, por parte de las fuerzas armadas de EE. UU, es decir se crearon bases con soldados americanos en los diferentes países latinoamericanos, además se crearon planes de financiación de armamentos, entrenamientos de las fuerzas militares y policiales regionales, y se establecieron reformas en el sistema jurídico-legal de cada país latinoamericano para que funcionasen acorde a las políticas estadounidenses en materia de drogas.

El establecimiento de leyes rígidas, la penalización de la producción, tráfico y consumo con el encarcelamiento y la destrucción de las zonas de producción de las diferentes drogas en los países de origen, o sea la región latinoamericana, fueron los tres pilares que sostuvieron al Plan Andina.

Con estos tres pilares se creía que tanto la oferta como la demanda de drogas iban a disminuir. Por lo que, la lógica que reinaba era la siguiente: ante la disminución de la cantidad de oferta, el valor de las sustancias se elevaría mucho haciéndose imposible poder acceder a las mismas y además se esperaba que los mecanismos legales actuarían como elementos aversivos para la compra y el consumo por parte de los usuarios de droga estadounidenses.

Los resultados obtenidos con el Plan Andina son, hasta la fecha, negativos y cuestionables en relación al impacto que tuvo en la democracia de los países latinos y sus consecuencias han sido nefastas, según los autores.

**Youngers**<sup>6</sup> y **Rosin**<sup>7</sup> (2005) plantean que estas políticas que implementó Estado Unidos en materia de drogas en la región latinoamericana no tuvieron en cuenta las particularidades propias de la región ni de cada país en su singularidad. Sostienen que se libró una lucha sin ton ni son al desconocer las raíces estructurales que llevan a que Latinoamérica sea un espacio para la producción, el tráfico y la venta de drogas.

Los índices elevados de pobreza, la falta de políticas públicas que generan puestos de trabajo y un economía estable, y prospera que permita el desarrollo de los pueblos y los altos índices de corrupción en las instituciones públicas sientan los bases para que la producción y venta de droga sea una salida rápida para estos problemas que son, según las autoras, estructurales.

Al respecto, **Adam Isacson**<sup>8</sup> (2005) sostiene que EE.UU obvió los factores históricos y estructurales de la región: pobreza, desigualdad, corrupción e impunidad de los sectores gubernamentales al momento de pensar y aplicar sus políticas anti droga en Latinoamérica.

Ante esta realidad que presenta nuestra región, el decomiso de cargamentos, el encarcelamiento de los narcotraficantes y la eliminación de las zonas de producción resultan estrategias fallidas para poder abordar la complejidad de la problemática de las drogas.

Para explicar tales fallas, **Youngers** y **Rosin** (2005) recurren a la metáfora del globo:

*"El tráfico de drogas se asemeja más a un globo que a un campo de batalla. Cuando uno aprieta una parte del globo, el aire se desplaza a otro sector. De igual modo, cuando se aplican medidas para suprimir las producciones de coca en una zona se ve que rápidamente comienza a cultivarse en otra, sin tener*

<sup>6</sup> YOUNGERS, Coletta A. (2005) co-editora de "Drogas y Democracia en América Latina".

<sup>7</sup> ROSIN Eileen (2005) co-editora de "Drogas y democracia en América Latina".

<sup>8</sup> ISACSON Adam (2005) Lic. en Ciencias Sociales, "La Fuerzas Armadas de Estados Unidos en 'la guerra contra las drogas' ". "Drogas y democracia en América Latina".



*en cuenta las fronteras nacionales. Los narcotraficantes detenidos son reemplazados rápidamente por otros que ascienden en los rangos de la organización. Los Carteles desmantelados quedan sustituidos por operaciones más pequeñas y simples, que resultan más difíciles por detectar y disuadir. Cuando las rutas del narcotráfico se ven interrumpidas por campañas de interceptación, sencillamente vuelven a demarcarse en otro sitio." (p.20)*

A su vez los resultados calificados como positivos son definidos por las autoras como "éxitos tácticos a corto plazo": se erradican plantaciones, se detienen traficantes y se interceptan cargamentos. Sin embargo, la estabilidad, los precios bajos de la cocaína, y la heroína han prevalecido y se han ampliado nuevas zonas de cultivo en toda la región.

Por otro lado, se presentan resultados en términos estadísticos pero la realidad arroja que la cadena producción-traffic-venta no ha sido realmente debilitada, sino que todos los actores implicados en la cadena han desarrollado formas de sortear los obstáculos que se les han presentado.

A partir de lo desarrollado se puede definir a este modelo políticas antidroga como un **Modelo Prohibicionista**.

#### **Las características principales de las Políticas Antidroga de EE. UU son las siguientes.**

- ✓ Percibe a la problemática de las drogas a través del lente de la política de seguridad nacional y construye en consecuencia un discurso y prácticas para la defensa de la ciudadanía.
- ✓ Establece la *guerra contra las drogas* ubicando al enemigo, la sustancia ilegal, en el exterior de su país.
- ✓ Toma como elemento central de la lucha a la eliminación de las zonas de producción. Para lograr así reducir su oferta, aumentar su valor en el mercado y así esperar a que descienda el nivel de consumo.
- ✓ Equipara al consumo de drogas con el delito y ubica al usuario de drogas como delincuente.
- ✓ Homogeneiza políticas para diferentes países desconociendo sus características particulares.
- ✓ Utiliza la militarización y los marcos legales rígidos como ejes de las políticas anti droga.

## Consecuencias de la Guerra contra las Drogas en Latinoamérica

**Youngers y Rosin** (2005) plantean que al desconocer las particularidades de la región, cuyas falencias estructurales son el elemento central para que Latinoamérica sea una zona mundial de producción y tráfico de drogas, la *guerra contra drogas* generó una serie de efectos colaterales.

**Adam Isacson** (2005) sostiene que los países de la región inicialmente se mostraron reticentes a la implementación de estas políticas, planteando que el problema del consumo masivo de drogas no era una amenaza contra la seguridad sino un problema de aplicación de las leyes, y tampoco veían viable que la solución fuese trabajar en reducir la demanda de drogas por parte de los ciudadanos adictos en EE. UU.

Pero considerando los problemas estructurales de la región, la falta de alternativas para el desarrollo económico, y sumado a la presión que se ejerce con el proceso de certificación anual; los países terminaron por adoptar las leyes, sin un gran convencimiento de que la militarización como herramienta para luchar contra las drogas fuese a dar alguna posibilidad de victoria inmediata.

Incluso lo países sin producción de drogas -en los momentos donde se comienza a implementar el Plan Andina- como es el caso de **Argentina**, fueron obligados a aumentar la participación de las fuerzas militares en el orden público.

Además, antes del inicio de la *guerra contra las drogas* en Latinoamérica no existía un consumo masivo de sustancias ilegales, pero, a la serie de efectos colaterales se agrega el hecho de que en la actualidad la región presenta un amplio problema tanto de producción y tráfico como de venta y consumo interno. Teniendo, además, que verse obligada a regular esta problemática no con modelos legales-sanitarios propios sino en base a las imposiciones estadounidenses.

**Colleta Youngers** (2005), por su parte, plantea que las políticas estadounidenses antidroga contribuyó: a confundir el papel de las funciones militares con las policiales, a un aumento de su implicancia en la seguridad interna, se han exacerbado problemas en el área de derechos humanos, generado conflictos sociales e inestabilidad política.

Además, plantea **dos cuestiones centrales que ponen en jaque** el modelo represivo anti drogas de Estados Unidos:

- La primera, es que a pesar de que los resultados de sus políticas anti droga son nulos, la respuesta ante el consumo masivo de drogas que afecta internamente a su país, **en vez de construirse centros de tratamiento se construyen cárceles y se sostienen políticas represivas.**
- La segunda, al observar al problema de las drogas con el lente de la seguridad nacional, **han transformado un asunto de salud pública en una guerra generalizada contra la sustancia adictiva y contra quienes las suministran.**

### **Políticas Públicas y Marcos Legales de Argentina en Materia de Drogas**

A fines de la década de 1980 y comienzo de 1990, *Carlos Saúl Menem*<sup>9</sup> fue el presidente de nuestro país. Durante sus dos mandatos estableció relaciones muy estrechas con el gobierno norteamericano y la materia de drogas no fue la excepción. Menem (1991) afirmó que "*la lucha contra el narcotráfico es una verdadera tercera guerra mundial*", sumándose así Argentina a la lista de los países que desarrollan un discurso bélico y crean estrategias criminalizadoras para enfrentar las problemáticas causadas por la droga.

Anteriormente se planteó que el Plan Andina establecía la obligación de que los países de la región debían reformar su sistema jurídico-legal ajustándolo a los ideales e imperativos estadounidenses en materia de droga.

Al respecto, **Gustavo Hurtado**<sup>10</sup> (2001) plantea que la *guerra contra las drogas* en Argentina contó con su propio marco legal, ya que se sanciona y promulga en 1989 la **Ley 23.737 - Tenencia y Tráfico Estupefacientes**. La cual se presenta como una herramienta para materializar el modelo prohibicionista estadounidense:

<sup>9</sup> MENEM Carlos Saúl (1991) Abogado, político y empresario argentino. Presidente de la Nación Argentina por el Partido Justicialista entre 1989-1999.

<sup>10</sup> HURTADO Gustavo (2001), Lic. en Posología, "Fundamentos desde lo Social". "*Drogas y políticas públicas*".

1. Este marco legal estableció lo que el autor denomina una "**guerra jurídica de alta intensidad**", que se libró en dos frentes: la ilegalidad del consumo y la legalidad penalizadora que facilita la criminalización del consumo, la tenencia y el tráfico de sustancias ilegales.
2. La contracara de esta guerra jurídica es la **pobre legislación asistencialista** que proponga programas y acciones de asistencia en materia de salud a los usuarios de droga.

Esta ley, según **Hurtado** (2001), materializa todas políticas prohibicionistas establecidas en la *guerra contra las drogas*, permite justificar políticas criminalizadoras y opera como una herramienta de velamiento de los problemas estructurales de la sociedad argentina.

De esta manera, se puede ver como Argentina, con la sanción de la Ley 23.737, cumple con el planteo de **Youngers** que sostiene que con esta visión prohibicionista-represiva en materias de droga se transforma un asunto de salud pública en una guerra contra la sustancia adictiva y los vendedores, traficantes y consumidores. Es decir, que Argentina determinada por el modelo de Estados Unidos, ubica también al problema de las drogas en el lente de la seguridad nacional.

### **Ley Nacional de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes – Ley N° 23.737**

**Alejandro C. Molina**<sup>11</sup> (2000) plantea que durante toda la década de los noventas, Argentina deja de ser un país de tránsito de drogas para convertirse en un país afectado por el consumo puertas adentro. Ante esa realidad acuciante más la implementación del Plan Andina, el país sanciona la Ley de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes<sup>12</sup> que se transformaría en la herramienta jurídica central para llevar adelante la propia *guerra contra las drogas* y enfrentar el flagelo social que suponen las drogas.

Dicha norma define como **conducta punible la tenencia de drogas**, aunque sea en pocas cantidades y para uso personal, así también hacer

<sup>11</sup> MOLINA Alejandro C. (2000) Ex Juez Civil, co-autor del libro "*Drogadicción*".

<sup>12</sup> LEY NACIONAL N° 23.737. (1989) "*Tenencia y Tráfico de Estupefacientes*".

apología al consumo en espacios públicos, y además se pena a quien ofrezca espacios físicos personales para el tráfico y/o consumo de estupefacientes.

Desde el aspecto pedagógico, **Molina** (2000) plantea que esta ley busca establecer un criterio genérico para el comportamiento social, ubicando todo acto ligado a las drogas como algo ilícito y perjudicial para la sociedad, por lo que debe ser penado. Así, esta ley efectúa en términos metafóricos un corte en la sociedad separándola en dos grandes grupos a sus integrantes, por un lado, se ubican los que nada tienen que ver contra las drogas, y por otro los que consumen, fabrican, y venden. Así están quienes viven en el mundo de lo lícito y quienes lo hacen en el mundo de lo ilícito. Estos últimos deben ser sancionados con penas acordes a su delito y/o aceptar someterse a tratamientos de rehabilitación y desintoxicación.

Dentro de los **criterios jurídicos** para tratar al usuario de drogas, el autor plantea lo siguiente:

- El Artículo N° 14 de la ley, plantea que se castigue con prisión de uno a seis años y una multa en dinero a quien tenga en su poder estupefacientes, no al que tuvo. Se basa en la tenencia en *tiempo presente*.
- Por otro lado, la escasa cantidad de droga que se le ha hallado al imputado reduce la pena de un mes a dos años. A los sujetos que tengan en su poder sustancias ilícitas, y que a su vez, los peritos determinen la existencia de una dependencia física y/o psíquica de las mismas, se pone en suspenso su sentencia; y según como se haya determinado su culpabilidad en el delito, el sujeto es sometido a tratamiento curativo (Art. N° 16). En caso de ser declarado inimputable, no se ofrece tratamiento curativo. En caso de no ser hallado culpable, no se ofrece tratamiento. **Así, únicamente aquellos casos en los que los sujetos sean declarados culpables y que, además, presenten dependencia física y/o psíquica a las sustancias, serán aquellos que ingresan a la realización de tratamientos.**

De esta manera, podemos ver que la ley mencionada diferencia entre el mero tenedor de sustancias y el sujeto adicto, éste último puede ampararse en

los Artículos N° 16, N° 17 y N° 18 de la ley mencionada que proponen, en caso de comprobarse la dependencia física y/o psíquica del sujeto con la sustancia, el sujeto accede a tratamientos médicos.

Los Artículos N° 16 y N° 21 plantean las *Medidas de Seguridad Educativas y Curativas*, las cuales se encuadran en lo que previamente se describió como *Legislación Asistencialista*.

- ❖ **Medidas Curativas:** que tenga sustancias ilícitas en su poder y además presente una adicción clínicamente significativa será obligado a realizar tratamiento terapéutico durante dos años, y el profesional calificado deberá informar sobre los avances del mismo. Estará dirigido por un equipo de técnicos y comprenderá los aspectos médicos, psiquiátricos, psicológicos, pedagógicos, criminológicos y de asistencia social, pudiendo ejecutarse en forma ambulatoria, con internación o alternativamente, según el caso. Se persigue como objetivo terapéutico central que el sujeto logre una desintoxicación y abstinencia total, en caso de no lograrlo en el periodo de dos años iniciado los tratamientos, la pena en suspenso se vuelve activa. Se aplica al sujeto dependiente.
- ❖ **Las Medidas Educativas:** consisten en que el sujeto ingresa en un programa educativo donde se imparte información sobre el comportamiento responsable frente al uso y tenencia indebida de estupefacientes, cuya duración será de tres meses. Se aplica al sujeto experimentador o principiante.

**Alejandro C. Molina** (2000) plantea que con las Medidas de Seguridad que propone la Ley n° 23.737, el sistema legal cuenta con herramientas para proteger a la "*persona del drogadicto*", y concluye:

*"La sociedad toda sabe que el adicto es un eslabón en la dolorosa cadena de la droga, por lo cual debe incriminarse la conducta del tenedor, como lo hace esta ley, y favorecer la presentación ante el juez civil en todos aquellos casos de adictos que necesitan su recuperación o su amparo si a primera no se produce."*  
(p.287)

## **Análisis crítico de las consecuencias de Ley de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes en el campo de la Salud Mental.**

**Gustavo Hurtado**<sup>13</sup> (2001) plantea que la ley mencionada es irracional ya que lesiona el bien jurídico que busca salvaguardar: la salud. Debido a que con sus planteos para regular el uso de drogas en la población, lo que hace es potenciar la epidemia del consumo y a su vez aumentar los efectos colaterales que trae el consumo de drogas. Porque se trata de una ley aversiva para la población, no contenedora.

### **Impacto en el sujeto:**

El usuario que presente algún tipo de problemáticas con el uso de sustancias ilícitas, no optará por acercarse a los servicios de salud en busca de asistencia o información, sino que los evitará por el riesgo de que su caso informado a las fuerzas policiales.

Es decir, la ley funciona como una herramienta aversiva contra la salud y no como un factor protector de la misma, ya que desalienta a los sujetos a acercarse al sistema sanitario.

Cuando el usuario ingresa al sistema legal lo hace a través de una causa penal, entonces queda denominado socialmente como *delincuente*. El siguiente paso es verse obligado a realizar tratamientos médicos en dónde se incluye realizar tratamiento psicológico, ya que presenta criterios para inferir que existe una dependencia física y/o psicológica con la sustancia, quedando a partir de esto, el sujeto denominado esto como *drogadicto y/o toxicómano*, con la connotación social negativa que esto supone considerando como punto de referencia las características del modelo de Abstencionista-Prohibicionista.

Las características de estos tratamientos, enmarcados en lo que la ley denomina *Medidas de Seguridad Curativas* lo que proponen como objetivo terapéutico es la abstinencia total del uso de drogas, la reeducación, rehabilitación social y reinserción al mundo laboral. Así mismo, Gustavo Hurtado

---

<sup>13</sup> HURTADO Gustavo (2001) Lic. en Posología, autor de la Parte III del libro "*Drogas y políticas públicas*".

propone que con esto le ley obliga a que el sujeto abandone su modalidad de goce, para lo cual además se le da un plazo determinado que, de no ser cumplido, la pena en suspenso pasa a aplicarse.

En este punto el autor propone que la ley realiza un **doble movimiento**: el sujeto de delincuente pasa a ser enfermo, y de no cumplir con los requisitos exigidos, y el otro movimiento es el inverso, pasa de ser enfermo para ser considerado delincuente.

Además regula cuándo debe inscribirse y suprimir el nombre del sujeto en el Registro Nacional de Reincidencia y Estadística Criminal y Carcelaria.

Todos estos movimientos significantes que provienen del discurso médico-legal permiten al Otro social sostener y aplicar su discurso segregacionista, ya que al decir *toxicómano* se designa en el mismo movimiento a un *delincuente*.

### **Impacto en los profesionales de la Salud Mental:**

El autor plantea que esta ley necesita instituciones que alberguen esta masa de sujetos cuya conducta ha sido incriminada.

Éstas son obligadas seguir las políticas abstencionistas: desintoxicar al sujeto, ubicar el eje de los tratamientos en la abstinencia, regular la conducta de los sujetos en torno a las drogas y determinar si cumple o no los criterios de la rehabilitación.

Entonces los profesionales de la salud mental quedan, según el autor, en una doble posición: cumplir funciones de orden sanitario y funciones de control social. Hay un rol represivo en el ejercicio de la profesión porque no se alberga el sufrimiento o padecer subjetivo si no que se continúa regulando la conducta, considerada delictiva y se busca que la misma sea normalizada, corregida, rectificada.

Al respecto, **Mara Escudero**<sup>14</sup> (2001), plantea que los tratamientos ofrecidos en el marco de las Medidas de Seguridad Curativas y Educativas,

---

<sup>14</sup> ESCUDERO Mara (2001), Psicóloga, "Fundamentos Desde Lo Social". "Drogas y políticas públicas".



tienen el carácter de ser una *pena* en términos legales, para el sujeto que tiene que realizarlas.

Entonces surgen una serie de cuestiones:

- En primer lugar, si el tratamiento es compulsivo porque es la única medida que se le ofrece al sujeto y todos los sancionados deben cumplirla en contra su voluntad;
- Si los sujetos conciben a los tratamientos como una pena o un castigo más del sistema;
- Si los sujetos vivencian el tratamiento como un mandato que deben cumplir con éxito, ya que de lo contrario serán encarcelados.

A partir de esto: *¿Qué posibilidades existen de que se establezca la transferencia en el tratamiento?; Si es un castigo y un mandato, ¿existirá demanda o implicación subjetiva que movilice el tratamiento?*

**Considerando los aportes de los dos autores mencionados, se concluye que la Ley N° 23.737:**

- Aleja a los sujetos del sistema de salud.
- Potencia los daños colaterales del uso de drogas.
- Ejerce un control represivo de los cuerpos y no una función sanitaria.
- Propone terapéuticas compulsivas.
- No considera el aspecto subjetivo del consumo de drogas.
- No incluye los tiempos lógicos de los usuarios para llevar adelante un tratamiento psicológico.
- Apunta a la regulación y medicación de la conducta del sujeto para su reinserción social.

## Modelo Abstencionista-Prohibicionista

Las políticas antidroga y la *guerra contra las drogas* que libró Estados Unidos junto el impacto que estas tuvieron en Argentina, materializado en la Ley N° 27.737, sentaron las bases para el desarrollo para lo que se conoce como **Modelo Abstencionista-Prohibicionista** en relación a las drogas.

El mismo se caracteriza por considerar a las drogas como una amenaza para la nación y la sociedad, entonces se deben hacer todos los esfuerzos para erradicarla. De esta manera pone mayor énfasis en el objeto, es decir, la sustancia ilícita, mientras que, el lugar que ocupa el sujeto es secundario, ya que queda relegado a un segundo plano, y además, es ubicado penal y socialmente en el lugar de *enfermo-delincuente*.

Ante esta construcción social del problema, la principal respuesta estatal es la penal y la criminalización del usuario de drogas, que se materializa con los lineamientos de la Ley N° 23.737.

La visión de la sociedad es considerar al usuario de drogas como un criminal, sujeto sin rumbo y peligroso para la comunidad, que por lo tanto debe ser encarcelado.

Por su parte, el sistema de salud ofrece espacios de tratamiento médico, psicológico, social (educativo) y también propone internaciones. Persigue como finalidad terapéutica la rehabilitación y desintoxicación total del sujeto, siendo la abstinencia un objetivo central y del cual depende que el sujeto sea considerado como *rehabilitado*.

A su vez, propone la promoción y la prevención de la salud basada en el horror, ya que utiliza slogans persuasivos como *Drogas ¿Para qué?* o *Solos, sin drogas*.

Los discursos que sostiene el modelo: defensa de la seguridad nacional, higienismo, defensa social.

**Características principales del Modelo Abstencionista-Prohibicionista.**

- Ubica a las drogas en primer plano y las considera una amenaza para la sociedad.
- La principal respuesta del estado es la penal (criminalización)
- El usuario de drogas es considerado como *enfermo-delincuente*.
- Ofrece a través del sistema de salud tratamientos médicos varios e internaciones y piensa a la abstinencia como el objetivo terapéutico central.
- Se basa en la criminalización del uso, producción, tráfico y venta de drogas

## **Ley Nacional de Salud Mental "Derecho a la Protección de la Salud Mental" – Ley N° 26.657**

La LNSM – Ley N° 26.657<sup>15</sup> *Derecho a la Protección de la Salud Mental*, sancionada en el año 2010 por el Congreso Nacional, propone un cambio radical de paradigma en la forma de pensar y abordar las problemáticas de salud mental.

Sus lineamientos significaron el pasaje de un paradigma basado en un enfoque asilar de las problemáticas de salud mental que operaba con la vigilancia, el control y el castigo de las mismas a un **nuevo paradigma en salud mental** que, propone una visión socio-comunitaria de las problemáticas mentales, que ubica a la integración familiar, social, laboral como elementos centrales para el tratamiento de los usuarios, y propone un enfoque basado en la restitución y defensa de los derechos humanos de la persona con padecimiento mental.

La mencionada ley propone la siguiente **noción de Salud Mental**: 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. Así, establece una visión compleja de dicho fenómeno, desligándolo de la corriente histórica de relacionar salud mental a la locura y a la mera ausencia de enfermedad o sufrimiento psíquico. (Art. N°3).

### **Ley Nacional de Salud Mental en el campo de las Adicciones**

En el campo de las adicciones, su propuesta es incorporar ésta problemática como parte de la salud pública y de la salud mental. Garantizando la atención en servicios públicos de salud a todas las personas que presenten algún problema con el uso de drogas, asimismo, le otorga todos los derechos contemplados en el capítulo IV por ser la adicción un problema de salud mental.

---

<sup>15</sup> LEY NACIONAL N° 26.657 (2010) *"Derecho a la Protección de la Salud Mental"*.

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

Por otro lado, esta ley propone el ***Modelo de Reducción de Daños*** para el abordaje de las problemáticas de Adicciones, siendo este, una propuesta alternativa al Modelo Abstencionista-Prohibicionista.

## Modelo de Reducción de Daños<sup>16</sup>

**Dianne Riley<sup>17</sup>** y **Pat O'Hare<sup>18</sup>** (2001) plantean que el MRD surge a fines de la década de 1980, como una respuesta a la transmisión del SIDA entre usuarios de drogas inyectables. Sus raíces se encuentran en el Reino Unido, principalmente en Merseyside, que fue la primera ciudad en desarrollar a la Reducción de Daños en una verdadera política social y en una política de salud pública.

El MRD tiene como prioridad identificar, medir y disminuir las consecuencias negativas del uso de drogas, es decir, los problemas asociados o colaterales al consumo, como por ejemplo: el uso compartido de jeringas que sirve como medio de transmisión del virus del SIDA, y la marginalidad a la que lleva la búsqueda de drogas creándose suburbios o villas miserias.

Estas consecuencias negativas, según **Riley** y **O'Hare** (2001), pertenecen tanto al campo de lo social (marginación, criminalización, estigmatización) y al campo de la salud (infecciones varias, hepatitis, sobredosis y SIDA).

Para lograr este objetivo principal propone un abordaje de la problemática en varios niveles: individual (con el usuario de drogas), comunitario (con la familia, amigos) y social (con las estructuras y funciones de la sociedad). De esta manera, a partir de un análisis de las variables de cada caso, se pueden identificar las áreas más pertinentes de intervención y, construir políticas y programas de salud que permitan pensar intervenciones más adecuadas a lo singular del caso.

En cuanto a la abstinencia, plantea que es un objetivo terapéutico, pero no el principal, también lo considera como poco realista y deseable para algunos casos, es decir, que no en todos los usuarios de drogas querrán y estarán en condiciones de poder trabajar terapéuticamente para alcanzar la abstinencia.

<sup>16</sup> DIANNE, R Y PAT, O. (2001). *"El Modelo de Reducción de Daños"; "Drogas y Políticas Públicas"*. (p.15 p.44)

<sup>17</sup> RILEY DIANNE (2001) Doctora en Análisis Político, co-autora de *"El Modelo de Reducción de Daños". "Drogas y Políticas Públicas"*.

<sup>18</sup> PAT O'HARE (2001) Dir. Ejecutivo de la IRHA, co-autor de *"El Modelo de Reducción de Daños"; "Drogas y Políticas Públicas"*.

Además, considera que no es viable como objetivo a corto plazo, es decir, en ese lapso no es posible que se logre.

Sus **características principales** según **Dianne Riley** y **Pat O'Hare** (2001) son:

- **Pragmatismo:** el MRD acepta la existencia del uso de drogas por parte de la sociedad y de que éstas alteran la mente, pero que el usuario percibe a esas alteraciones como placenteras a pesar de que sean riesgosas. Cuestión que, debe considerarse al momento de trabajar con el usuario. Reducir los daños es más viable que proponer la eliminación completa del uso de drogas.
- **Valores Humanitarios:** la decisión del usuario de usar drogas es abiertamente aceptada y no cuestionada con juicios morales, ni tampoco se considera el nivel o modo de uso como factor de enjuiciamiento. Se propone trabajar desde el respeto por la dignidad y los derechos de los usuarios de drogas.
- **Eje en los Daños:** se focaliza en los riesgos o los daños consecuentes del uso, los cuales pueden estar ligados a la salud, lo social, lo económico u otros múltiples factores que afectan al sujeto, comunidad y la sociedad en su conjunto. No excluye ni prioriza el objetivo terapéutico a largo plazo de la abstinencia.
- **Balances de costos y beneficios:** se realiza un proceso pragmático de identificación, medición y valoración de los problemas ligados a las drogas, sus daños asociados y costos/beneficios de las intervenciones para focalizar los recursos en los temas prioritarios.
- **Jerarquía de Objetivos:** se define una jerarquía de objetivos con prioridad para activar el compromiso de los individuos, grupos y comunidades y así dirigirse a sus necesidades más apremiantes.

Para **Riley** y **O'Hare** (2001) este modelo es tanto una política social como una política de salud. Ya que reconoce abiertamente los efectos del uso de drogas a nivel social e individual y propone estrategias de intervención para ambos niveles; buscando la sensibilización e integración de la sociedad en el

tema y ofreciendo al sujeto un espacio de tratamiento donde no se lo castigará ni buscará reeducar y rehabilitar buscando su abstinencia en el uso de drogas.

**Características principales del Modelo de Reducción de Daños:**

- Ubica en primer plano las consecuencias negativas del uso de drogas y no a la sustancia en sí.
- El usuario de drogas es considerado como un sujeto con derechos, los cuales son promovidos en el tratamiento.
- Ofrece tratamientos integrales enmarcados en el respeto de su integridad como ser humano.
- La abstinencia es pensada como un objetivo terapéutico, pero no es el ideal ni el más indicado para todos los casos.
- Propone intervenciones en múltiples niveles: individual, comunitario y social.
- Busca la sensibilización de la sociedad en la temática desde la perspectiva de la promoción y prevención de la salud.



**Cuadro comparativo entre el Modelo Prohibicionista-Abstencionista y el Modelo de Reducción de Daños**

<b>Factor de análisis</b>	<b>Modelo Prohibicionista-Abstencionista</b>	<b>Modelo de Reducción de Daños.</b>
Énfasis	Sustancia	Efectos negativos del uso de drogas
Visión del Sujeto	Delincuente-enfermo	Sujeto de derecho
Respuesta Estatal	Penalización y criminalización	Estrategias en distintos niveles para reducir los efectos negativos.
Respuesta social	Estigmatización: sujeto peligroso, delincuente	Implicancia en el problema de las drogas desde la prevención.
Sistema de Salud	Tratamientos e internaciones compulsivas	Tratamientos integrales con perspectiva en los derechos humanos.
Discurso que sostiene el modelo	Higienismo, seguridad nacional	Visión comunitaria y humanista de la salud.
Visión del problema	Atenta contra la seguridad de la sociedad	Acepta el uso de drogas por parte de la sociedad, cuyas fuentes son múltiples, se enfoca en los efectos colaterales negativos del consumo.

## Consideraciones Clínicas sobre la Adicción

### Uso, Abuso y Dependencia<sup>19</sup>.

**Uso:** cuando las sustancias son utilizadas como un caso aislado, episódico y/u ocasional sin generar dependencia o problemas de salud asociados. Ello sin descartar el posible daño que pudiera ocasionar, por ejemplo, una sobredosis.

Se distinguen tres tipos de Usos de las sustancias:

- **Experimental:** todo consumo de sustancias psicoactivas comienza en este punto. Es cuando una persona prueba una o más sustancias, una o dos veces, y decide no volver a hacerlo.
- **Recreativo:** el consumo empieza a presentarse de manera más regular y enmarcada en contextos de ocio con más personas, generalmente amistades, con quienes hay confianza. El objetivo de este tipo de consumo es la búsqueda de experiencias agradables, placenteras y de disfrute. El consumo no es la única actividad en el tiempo libre, no es un *escape* o una *solución*. Rara vez se pierde el control, no se consume en solitario, ni se tiende a experimentar con sustancias o vías de administración de alto riesgo.
- **Habitual:** para llegar aquí se tuvo que haber pasado por alguna fase previa. Se tiene una droga de preferencia (quizás después de probar con muchas otras), y un gusto por la sensación que produce. La frecuencia y la cantidad aumentan. La droga juega un papel importante en la vida y cumple funciones cada vez que se consume, por lo que es muy probable que lo haga repetidamente. Dependiendo de la droga, la persona puede desarrollar una dependencia física o psicológica.

**Abuso:** cuando el uso de sustancias psicoactivas se vuelve compulsivo, se depende de la droga, del contexto, y estilo de vida en torno a ella. En este tipo de uso, la razón del consumo es la necesidad, y muchas veces, para evitar

---

<sup>19</sup> BARRA Aram y DIAZCONTI Rubén (2008) Autores de "Guías para el Debate. Las Diferencias entre el Uso, el Abuso y la Dependencia a las Drogas".

sentirse mal física o psicológicamente. Es decir, la vida se organiza en torno a esa necesidad particular.

**Dependencia:** puede darse de manera abrupta o progresivamente, según la(s) sustancia(s) que se esté(n) usando. Hay dependencia cuando:

- ✓ No se puede dejar de consumir, pues al hacerlo se presentan síntomas físicos y/o psicológicos desagradables.
- ✓ La vida cotidiana empieza a girar en torno al consumo de la sustancia y se entra en el círculo vicioso de conseguir–consumir–conseguir.
- ✓ El deseo de consumir se vuelve irresistible, hay en la persona dependiente una sensación de pérdida de control, siente una fuerte ansiedad al bajar el efecto, que sólo se alivia al consumir de nuevo.

**Hay dos tipos de dependencia:**

- **Física:** implica un cambio permanente en el funcionamiento del cuerpo y del cerebro, se da cuando ya se ha generado una tolerancia hacia la sustancia, por lo tanto, el cuerpo cada vez necesita una dosis mayor para sentir los efectos deseados. Al dejar de consumir, el cuerpo reacciona con síndromes de abstinencia o retirada. Sin embargo, no todas las sustancias producen dependencia física.
- **Psicológica:** ocurre cuando la privación de la sustancia produce malestar, angustia, irritabilidad y depresión. Para evitar estos malestares se busca la manera de consumir permanentemente. Es decir, se piensa que *no se puede vivir* sin consumir y todo lo que ello implica.

### **Diferencias entre uso, abuso y dependencia**

Aunque las tres categorías se confunden constantemente en el debate en torno a las drogas, hay que precisar que sus implicaciones y necesidades son muy distintas. En este sentido, el abuso implica una relación más estrecha con la sustancia en lo que se refiere a cantidad y frecuencia. El abuso puede desembocar en un comportamiento compulsivo que a su vez puede generar dependencia, por ejemplo, al tomar más de la dosis indicada para paliar algún dolor. Por otro lado, la dependencia se da cuando existe una necesidad ya sea mental o fisiológica por consumir una sustancia.

De igual forma, existe un **uso o consumo problemático** que está determinado por el impacto que el consumo tiene sobre:

- La salud (consecuencias visibles, enfermedades crónicas) y;
- La aparición de consecuencias de tipo social con una connotación negativa (deterioro, aislamiento, conductas problemáticas).

### **Consumo Problemático de Sustancias**

La noción de **Consumo Problemática de Sustancias**<sup>20</sup> es una construcción relativamente reciente. La distinción clásica que suele utilizarse en la bibliografía es la que diferencia: **Uso** como esporádico, recreativo, o incluso indicado para el tratamiento de algún síntoma; **Abuso**, como el uso susceptible de comprometer física, psíquica y/o socialmente al sujeto o a su entorno; y la llamada **Adicción o Dependencia**, en donde aparecen rasgos físicos o psíquicos de un "impulso irrefrenable" por el consumo de dicha sustancia.

La **idea de consumos problemáticos** nos permite incorporar en las definiciones *la dimensión particular del sujeto que consume*:

1. **Consumos** en plural intenta des-homogeneizar este campo, recuperando la multiplicidad de las experiencias.
2. **Consumos Problemáticos** se busca identificar el impacto del consumo en la vida cotidiana de ese sujeto en particular.

---

<sup>20</sup> Observatorio Nacional de Drogas. (2014) "Estudio Local de Consumos Problemáticos. Municipalidad de Berisso".

## FODA

El análisis FODA<sup>21</sup> es una herramienta que permite conformar un cuadro de la situación actual de la empresa u organización, permitiendo de esta manera obtener un diagnóstico preciso que permita en función de ello tomar decisiones acordes con los objetivos y políticas formulados. Es relevante para temas de negocios, para temas personales, organizativos y para la construcción de equipos humanos.

El término FODA es una sigla conformada por las primeras letras de las palabras *Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas* (en inglés SWOT: Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats). Entre estas cuatro variables, tanto fortalezas como debilidades son internas de la organización, por lo que es posible actuar directamente sobre ellas. En cambio, las oportunidades y las amenazas son externas, por lo que en general resulta muy difícil poder modificarlas.

**Fortalezas:** son las capacidades especiales con que cuenta el objeto de estudio. Recursos que se controlan, capacidades y habilidades que se poseen, actividades que se desarrollan positivamente, etc.

**Oportunidades:** son aquellos factores que resultan positivos, favorables, explotables, que se deben descubrir en el entorno en el que actúa el objeto de estudio, y que permiten obtener ventajas o mejorar el funcionamiento.

**Debilidades:** son aquellos factores que provocan una posición desfavorable, recursos de los que se carece, habilidades que no se poseen, actividades que no se desarrollan positivamente, etc.

**Amenazas:** son aquellas situaciones que provienen del entorno y que pueden llegar a atentar incluso contra la permanencia del objeto de estudio.

---

<sup>21</sup> RIQUELME LEIVA, Matías, autor de "FODA: Matriz o Análisis FODA – Una herramienta esencial para el estudio de la empresa".

	Positivas	Negativas
Exterior	Oportunidades	Amenazas
Interior	Fortalezas	Debilidades

El **objeto de estudio** puede ser una persona, un país, un equipo deportivo, un negocio, un equipo de trabajo, cualquier área de una empresa, una propuesta, etc.

Es como si se tomara una "radiografía" de una situación puntual de lo particular que se esté estudiando. Las variables analizadas y lo que ellas representan en la matriz son particulares de ese momento. Luego de analizarlas, se deberán tomar decisiones estratégicas para mejorar la situación actual en el futuro.

**Matriz FODA**

Antes de que podamos examinar los detalles de las diferentes variables a analizar en una matriz de análisis FODA, necesitamos entender los fundamentos de la matriz.

La matriz de análisis utilizada normalmente se encuentra en un formato de cuadrícula. Siempre debe incluir el nombre del objeto de estudio, puede tener una lista de preguntas en cada sección, y un área para responder a las preguntas. No hay límite para el número de preguntas y respuestas que tiene, pero cuantas más preguntas en profundidad se realicen, sus respuesta y análisis brindará un resultado superior.

**Análisis FODA**

Para comenzar un análisis FODA se debe hacer una distinción crucial entre las cuatro variables por separado y determinar qué elementos corresponden a cada una.

A su vez, en cada punto del tiempo en que se realice dicho análisis, resultaría aconsejable no sólo construir la matriz FODA correspondiente al presente, sino también proyectar distintos escenarios de futuro con sus consiguientes matrices FODA y plantear estrategias alternativas.

Tanto las fortalezas como las debilidades son internas de la organización, por lo que es posible actuar directamente sobre ellas. En cambio, las oportunidades y las amenazas son externas, y solo se puede tener injerencia sobre ellas modificando los aspectos internos.

### **El análisis FODA cuenta con cuatro pasos:**

1. Identificar y Analizar los Factores Externos: el objeto de estudio no existe ni puede existir fuera de un ambiente, fuera de ese entorno que le rodea; por lo que el análisis externo permite fijar las oportunidades y amenazas que el contexto puede presentarle a una organización.
2. Identificar y Analizar los Factores Internos: los elementos internos que se deben analizar durante el análisis FODA corresponden a las fortalezas y debilidades que se tienen.
3. Confección de la Matriz FODA.
4. Determinación de las Estrategias a Afrontar:

**Estrategia FO:** se basa en el uso de las fortalezas internas del objeto de estudio con el fin de aprovechar las oportunidades externas. Esta es la estrategia más recomendada.

**Estrategia FA:** trata de disminuir el impacto de amenazas del entorno, valiéndose del entorno de las fortalezas. Esto no quiere decir que siempre se tenga que afrontar las amenazas de una forma tan directa, ya que puede resultar más problemático.

**Estrategia DA:** su propósito es aminorar las debilidades y neutralizar las amenazas, a través de acciones de carácter defensivo.

**Estrategia DO:** su finalidad es mejorar las debilidades internas, aprovechando las oportunidades externas.

## 4. Objetivos.

### Objetivo general:

- ❖ Analizar cómo el Equipo de Admisión del Centro Terapéutico Makipura lleva adelante, con los casos judicializados por oficio con consumo problemático de sustancias, la implementación de la ley nacional y provincial de salud mental en relación al modelo de reducción de daño.

### Objetivos específicos:

- ❖ Describir los marcos normativos sobre adicciones que presenta la provincia de La Rioja y describir el organigrama en el cual se encuentra inserto el Centro Terapéutico Makipura.
- ❖ Indagar los cambios emergentes en el Equipo de Admisión con el surgimiento del modelo de reducción de daño para el abordaje de los casos judicializados por oficio con consumo problemático de sustancias.
- ❖ Analizar las estrategias que desarrolla el Equipo de Admisión para la implementación del modelo de reducción de daño en los casos judicializados por oficio con consumo problemático de sustancias.
- ❖ Explorar y conocer las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades (FODA) del Equipo de Admisión para la implementación del modelo de reducción de daño en los casos judicializados por oficio con consumo problemático de sustancias.



## 5. Diseño Metodológico.

El presente trabajo se enmarca dentro del enfoque cualitativo y el tipo de diseño metodológico seleccionado para llevarlo a cabo en el exploratorio-descriptivo.

Se opta por esta combinación de diseños debido a que una investigación exploratoria se lleva a cabo cuando el tema elegido ha sido poco explorado y reconocido, y cuando también, es difícil formular hipótesis precisas o de cierta generalidad sobre este. Son investigaciones que pretenden darnos una visión general, de tipo aproximativo, respecto a determinada realidad. Y descriptiva porque se intentará identificar aquella realidad por estudiar, describiendo algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, caracterizando sus rasgos generales. Se tratará de precisar las características de una situación particular, en un contexto específico para el cual no hay información disponible

### 5.1. Unidad de Análisis

Se tomará como unidad al Equipo de Admisión del Centro Terapéutico Makipura.

### 5.2. Variables

Variable	Dimensiones	Indicadores
Implementación de la ley nacional y ley provincial de salud mental en relación al modelo de reducción de daños en los casos de adultos judicializados con oficio por consumo problemático de sustancias.	- Equipo de Admisión. -Modelo de Reducción de Daños. -Modelo Abstencionista. -Casos de adultos Judicializados con Oficio.	-Discurso de los Profesionales del Equipo de Admisión. -Lenguaje no verbal de los profesionales del equipo de admisión.

### 5.3. Instrumentos de Recolección de Datos:

- **Observación no participante** con esta técnica el investigador no interviene en el campo contaminando el fenómeno en estudio, sino que registrar la información que se presenta, sin interactuar ni implicarse.
- **Entrevistas semi-estructuradas** presentan un grado mayor de flexibilidad, estrategia mixta que permite alternar alternando preguntas estructuradas y con preguntas espontánea.
- **Entrevistas en profundidad** se fundamenta en el análisis del discurso de manera individual y donde las ideas, opiniones y valoraciones del entrevistado son relevantes para el objeto de investigación. El entrevistador tratará que el entrevistado exponga sus sentimientos íntimos, motivaciones y deseos. Permite obtener información muy valiosa respecto a comportamientos complejos, temas delicados o susceptibles de una alta reactividad, además de situaciones sujetas a una normativa social rígida.
- **Nota de campo** un método no intrusivo, que registra las experiencias después de las observaciones y de cada contacto, lo más pronto posible.
- **Análisis documental** constituye el estudio de los documentos impresos (libros, actas, memorias, periódicos, revistas etc.), y no impresos (manuscritos, cartas, objetos culturales, etc.), lo cual contribuye a la comprensión de problemas sociales, de hechos sociológicos, antropológicos, psicológicos o educativos a los que se refieren.

## 6. Articulación Teórico Práctica.

### 6.1. Descripción del trabajo desarrollado

Dentro del trabajo desarrollado en el campo de práctica de la presente investigación, en un primer momento, se estableció un período de reconocimiento de la institución y de integración con el Equipo de Admisión, con la finalidad de conocer la dinámica laboral, a través de la presencia, observación y registro en notas de campo, de las consultas con usuarios, las reuniones de equipo y las interconsultas realizadas entre ellos sobre casos.

En un segundo momento, se procedió a la selección aquellos miembros del equipo que fueran integrantes fijos del mismo. Debido a que, en el periodo de trabajo de campo, algunos profesionales se encontraban realizando dentro del equipo prácticas profesionales en calidad de residentes, los cuales no cumplían con el criterio planteado.

Se trabajó con un total de 9 entrevistas semi-estructuradas, con el consentimiento informado de los profesionales, resaltando el hecho de conservar la confidencialidad de los datos brindados.

## Marcos que Configuran Prácticas

La provincia de La Rioja, al momento de la investigación, cuenta con el siguiente Marco Legal en el campo de las adicciones:

1. Ley Provincial N° 9.098. *Protección de la Salud Mental*. Sanción: 06/10/2011; Boletín Oficial 16/12/2011.
2. Ley Provincial N° 9.326. *Programa Provincial de Prevención de Adicciones*. Sanción: 06/12/2012; Promulgación: 28/12/2012; Boletín Oficial: 05/03/2013.
3. Ley Provincial N° 9.581. *Secretaría de Prevención de Adicciones*. Sanción: 04/09/2014; Promulgación: 09/09/2014; Boletín Oficial: 14/11/2014.
4. Adhesión de la Provincia al Decreto Nacional N° 1249/2016: *Emergencia Nacional en Materia de Adicciones*.

En el año 2011 se sanciona la Ley Provincial de Salud Mental N° 9.098: *Protección de la Salud Mental*. La misma plantea que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de Salud Mental. Las personas con uso problemático de sustancias adictivas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley, en su relación con los servicios de salud (Art. N° 4)

De esta manera **la Ley Provincial de Salud Mental está en consonancia con la LNSM**, ya que ambas coinciden en incorporar la temática de adicción al campo de la salud mental.

En el año 2012 se sanciona la Ley Provincial 9.326 a través de la cual se crea el *Programa Provincial de Prevención de Adicciones*. El cual se persigue como objetivo la educación y prevención sobre adicciones y consumo indebido de drogas en el ámbito educativo primario y secundario (Art. 1°). Para ello, propone la capacitación de docentes y auxiliares docentes para que estos eduquen al alumnado en esta temática (Art. 2°).

En el año 2014 se sanciona la Ley Provincial N° 9.326 que da origen a la *Secretaría de Prevención de Adicciones*, la cual forma parte de la Función Ejecutiva (Art. N° 4). En el Artículo N° 3 la ley propone la eliminación de la *Subsecretaría de Prevención de Adicciones y Salud Mental*, que integraba el Ministerio Provincial de Salud, según lo establecido por la Ley Provincial N° 9.432.

**Con esta modificación** la *temática de adicciones* en la provincia de La Rioja pasa a formar parte del Ministerio de Gobierno de la Provincia y queda por fuera del Ministerio Provincial de Salud. **Quedando así La Rioja en contradicción con lo planteado por la LNSM**, que en su Artículo N° 4, propone incorporar a la temática como parte integral de las políticas de salud mental y garantizar a la población usuaria de drogas todos los derechos estipulados por la misma ley (Capítulo IV).

En el Artículo N° 4 de la Ley Provincial N° 9.326, también se plantean las **funciones de dicha la Secretaría de Prevención de Adicciones**. Las cuales son: realizar investigaciones epidemiológicas, clínicas y científicas, campañas de promoción y prevención de la salud en la comunidad, promover programas nacionales y provinciales en materia de adicciones para el abordaje de la problemática, y entender las condiciones institucionales necesarias para la atención de esta población. Además, estimular el intercambio institucional de planes y programas sociales públicos o privados para mejorar la asistencia, promover la participación de la comunidad a través de instituciones interesadas en el tema a través de divulgación y capacitación, elaborar material educativo de impacto poblacional, a través de campañas en los medios de comunicación y de proceso educativo, dictar cursos de capacitación de recursos humanos, profesionales y técnicos para todos los niveles de prevención en el ámbito de la provincia y, finalmente, planificar el presupuesto para cumplir estos objetivos.

Por otro lado, la Ley Provincial N° 9.326 establece las siguientes *Unidades Orgánicas* dentro de la Secretaría de Prevención de Adicciones (Art. N° 5):

- 1) **Dirección General de Prevención de Adicciones.**
- 2) **Dirección General de Asistencia de las Adicciones.**

- 3) **Dirección de Prevención y Abordaje Barrial.**
- 4) **Dirección de Centro de Día.**
- 5) **Dirección de Tesorería y Presupuesto.**

1) La *Dirección General de Prevención de Adicciones* tendrá las siguientes competencias (Art. N° 6):

- a) Formular y ejecutar planes, programas y acciones de prevención primaria, secundaria, terciaria e integral de alcoholismo y las toxicomanías en coordinación con la Dirección General de Asistencia de las Adicciones.
- b) Proponer, coordinar y organizar acciones educativas y preventivas, focalizadas en la prevención del alcoholismo y las toxicomanías, articulando dichas acciones con los organismos competentes.
- c) Asistir a la superioridad en el dictado de normas acerca de la prevención de enfermedades adictivas.
- d) Proponer a la Secretaría de Prevención de Adicciones las condiciones que deben reunir y cumplir las instituciones que brindan servicios de rehabilitación y tratamientos a personas adictas.
- e) Generar compromisos para una intervención planificada entre personas afectadas por las toxicomanías y actores involucrados en el abordaje de esta problemática, construyendo redes solidarias informales y/o formales.
- f) Propender y promover la construcción de espacios para el debate de propuestas que coadyuven a la toma de decisiones efectivas y eficientes, a los fines del fortalecimiento de la persona, la familia y la concreción de los compromisos asumidos.
- g) Supervisar al equipo de trabajo de su dependencia.

2) Por su parte la *Dirección General de Asistencia de las Adicciones* es en la que se encuentra ubicado el **Centro Terapéutico Makipura** y, por lo tanto, el **Equipo de Admisión**, el cual es la unidad de análisis del presente trabajo de investigación.

La *Dirección* tendrá las siguientes competencias (Art. N° 7):

- a) Proponer, coordinar, articular y gestionar iniciativas tendientes a optimizar acciones de asistencia integral a las personas vinculadas con el uso y

consumo de sustancias químicas, psicoactivas y al entorno familiar de tales personas.

- b) Ejercer acciones de supervisión, evaluación y monitoreo de instituciones que efectúen acciones de prevención secundaria y terciaria en el alcoholismo y toxicomanías de acuerdo a la legislación vigente.
- c) Coordinar, articular y gestionar la firma de convenios con instituciones públicas y privadas de reconocida capacidad y trayectoria, con el objeto de asistir al paciente en relación con sustancias químicas psicoactivas que no cuente con cobertura social ni recursos económicos para ello.
- d) Ejercer supervisión, control de gestión y evaluación permanente de los servicios de asistencia propios o derivados de convenios.
- e) Supervisar al equipo de trabajo de su dependencia.

**3)** La *Dirección de Prevención y Abordaje Barrial* tendrá las siguientes competencias (Art. N° 8):

- a) Coordinar y articular acciones con organismos gubernamentales, no gubernamentales, centros vecinales y afines, en toda la provincia.
- b) Formar cuadros interdisciplinarios de contención de las personas adictas, al efecto de realizar un abordaje integral en esta materia.
- c) Supervisar el equipo de trabajo de su dependencia.

**4)** La *Coordinación de Centro de Día* tendrá las siguientes competencias (Art. N° 9):

- a) Ejecutar y supervisar la asistencia y tratamiento ambulatorio de los trastornos producidos por el consumo de sustancias psicoactivas adictivas, realizadas en el Centro de Día.
- b) Brindar atención integral a la población infantil, adolescente y adulta de ambos sexos, conjuntamente a su grupo familiar, comprometidos en el consumo de sustancias psicoactivas adictivas.
- c) Recibir y organizar a las personas derivadas por la Función Judicial en el marco de la legislación vigente, y en tanto la estructura del Centro lo permita.
- d) Supervisar al equipo de trabajo de su dependencia.

5) La *Dirección de Tesorería y Presupuesto* tendrá las siguientes competencias (Art. N° 11):

- a) Asistir en la gestión de los procesos y procedimientos administrativos inherentes al presupuesto y tesorería de la Secretaría de Prevención de Adicciones.
- b) Realizar el registro contable de ingresos y egresos de fondos y valores.
- c) Coordinar las actividades vinculadas con la elaboración del parte diario de tesorería, conciliaciones bancarias y balances financieros mensuales a acumulados.
- d) Efectuar los pagos correspondientes a las compras, contrataciones y haberes del personal dependiente de la Secretaría.
- e) Supervisar al equipo de trabajo de su dependencia.

En el año 2016 la provincia adhiere al *Decreto Nacional N° 1.249* donde se establece la **Emergencia Nacional en Materia de Adicciones**.

En el mismo, se plantea que ante el aumento de consumo de sustancias psicoactivas el Estado decide decretar la emergencia nacional en materia de adicciones y propone un abordaje integral teniendo como ejes la prevención y tratamiento, así como la inclusión social de aquellas personas que se encuentran afectadas por esta problemática (Art. N° 1).

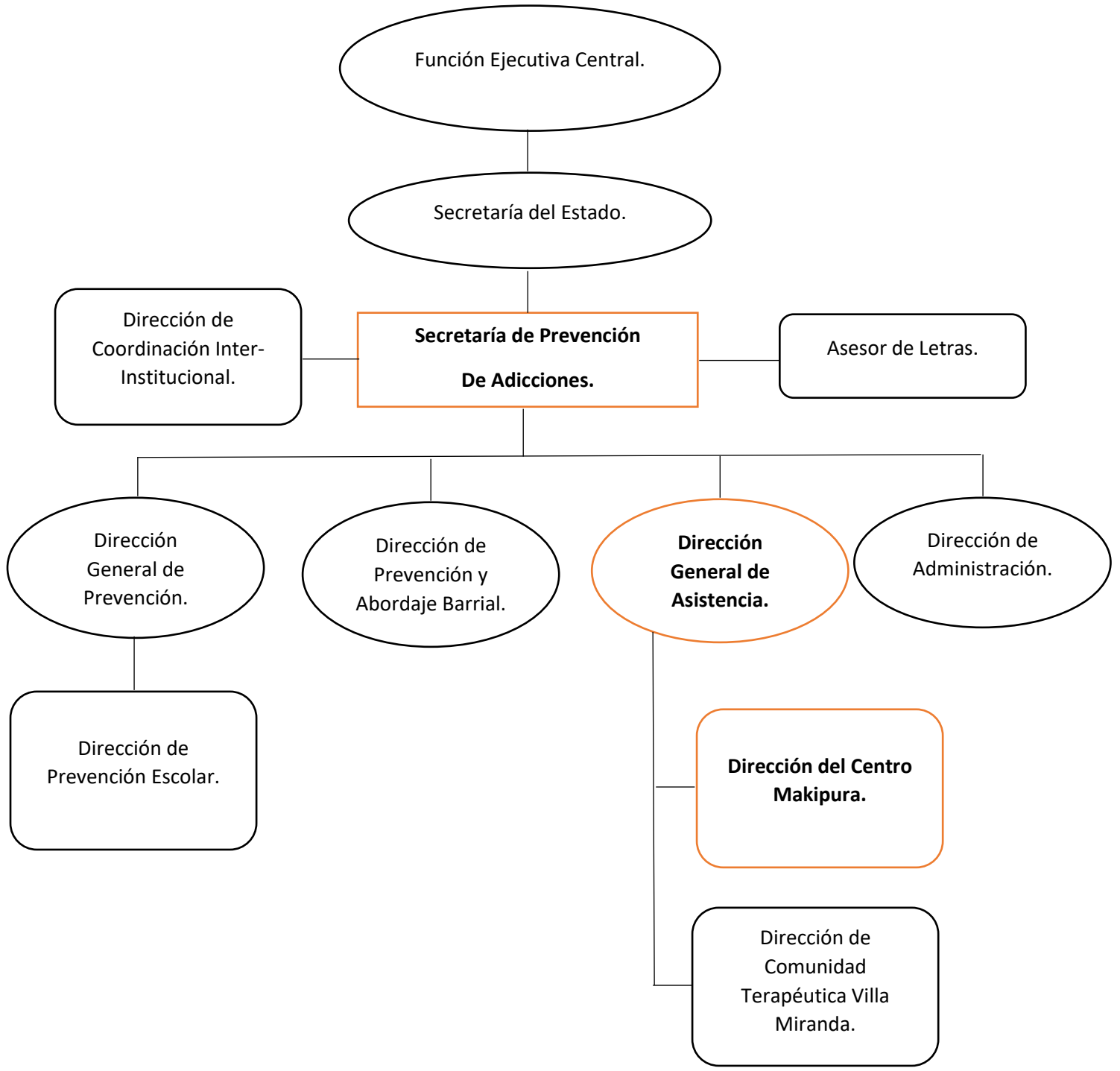
También el decreto nacional invita a las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a la declaración de emergencia en los ámbitos territoriales de sus jurisdicciones (Art. N° 5).

En ninguna de las fuentes analizadas se encontró algún dato respecto a cuál debe ser el modelo de abordaje terapéutico que los dispositivos de salud especializados en adicciones deben utilizar al momento de brindar atención a la población usuaria de drogas.

Sin embargo, los miembros del Equipo de Admisión plantearon que tanto desde la *Secretaría de Prevención de Adicciones* como desde la dirección del Centro Terapéutico Makipura reciben lineamientos para desarrollar sus funciones desde el *modelo abstencionista*.



A continuación, se presenta el organigrama provincial en el cual está inserto el Centro Terapéutico Makipura:



## El Surgimiento de la Ley Nacional de Salud Mental, momento de cambios

Los miembros del equipo de admisión coinciden en que la propuesta de la LNSM de incorporar la temática de adicciones a la salud ha sido positiva para el desarrollo de sus funciones, ya que garantiza el acceso de la población usuaria de drogas al sistema de salud y, por lo tanto, se abre la posibilidad de brindar un tratamiento.

Además, el surgimiento de la LNSM trajo aparejada una transformación en la modalidad de tratamiento a través del MRD, el cual es concebido por el equipo como una herramienta de trabajo fortalecedora que permite construir un tratamiento alrededor del sujeto en su totalidad y no solamente recortar el mismo a la situación del consumo.

Los miembros del equipo de admisión plantearon que la LNSM junto al MRD han sido elementos positivos para el trabajo con los usuarios que son objeto de estudio de la presente investigación, porque teniendo en cuenta las características antes mencionadas sobre los mismos, no consideran viable la aplicación del modelo abstencionista. Ya que en algunos casos no es lo central trabajar terapéuticamente sobre el consumo de sustancias sino cómo estas han afectado la vida del sujeto. El MRD le permite al equipo en estos casos en particular construir un tratamiento que se focalice no en la sustancia solamente si no otras áreas de la vida de la persona y/o en los determinantes sociales de la salud.

**Antes del surgimiento de la LNSM**, el equipo trabajaba desde una perspectiva abstencionista:

1. El tratamiento giraba en torno a la sustancia y no se consideraba al sujeto o a la subjetividad como un elemento del tratamiento. Existía un único criterio para la otorgación de alta terapéutica: **la abstención total de consumo**. Los profesionales refieren al respecto que si el usuario realizaba avances como por ejemplo, conseguir un trabajo estable, reducir la variedad y cantidad de sustancias, frecuencia de consumo, restablecer vínculos con sus familiares (hijos, padres, pareja, entre otros) pero si sostenían un consumo recreativo de

sustancias el alta no podía ser otorgada y en consecuencia el tratamiento se extendía hasta que el usuario lograra la abstinencia. Lo que tenía consecuencias negativas para el tratamiento, ya que el usuario abandonaba el mismo o bien era expulsado.

**2. El funcionamiento del equipo era clínico-asistencial.** El trabajo de cada área se focalizaba en la sustancia, es decir, se disponían estrategias para lograr la abstinencia, se evaluaba si el usuario sostenía la misma a lo largo del tratamiento o si tenía recaídas, las cuales eran consideradas como un elemento que podía suponer la expulsión del tratamiento.

**3. Por otro lado, cada una de las áreas de las que componen al equipo de admisión trabajaba aisladamente.** No existían espacios formales para la articulación del trabajo de los distintos profesionales y no se realizaban consultas a profesionales ante dudas que podían surgir.

Se puede observar así, como el equipo funcionaba sobre la base del modelo abstencionista, ya que se consideraba en un lugar central a la sustancia, quedando la subjetividad relegada a un segundo plano y el objetivo terapéutico central era que el usuario lograra y sostuviera la abstinencia total y además una recaída era considerada un elemento que legitimaba una expulsión del tratamiento.

El tipo de usuarios en el que se concentra la presente investigación llegaban en su momento- previo a la sanción y reglamentación de la LNSM- por indicación de los legos (jueces y abogados) en base a lo propuesto por la **Ley Nacional N° 27.737 Tenencia, Tráfico y Uso de Estupefacientes**. La cual plantea las Medidas de Seguridad Curativas (Art N° 16) para estos casos, al respecto, se analiza que el trabajo del equipo previo al surgimiento de la LNSM se tenía como objetivo lo propuesto por estas medidas, la desintoxicación y rehabilitación del usuario.

**A partir del surgimiento de la LNSM y del MRD** el equipo realizó una serie de modificaciones en la forma de abordar estos tipos de casos en particular:

**a.** El principal cambio al que se refiere el grupo de profesionales es el dejar de considerar a la **abstinencia** como el principal objetivo terapéutico y el único

que permite la otorgación del alta al usuario. Con el surgimiento del MRD, la abstención se transformó un objetivo terapéutico más dentro de un conjunto más amplio y variado de objetivos que el equipo puede considerar para construir un esquema de tratamiento y otorgar el alta al usuario.

El equipo considera que por las características de estos usuarios el abordaje solamente desde la abstención no es viable.

**b. Surgen otra serie de objetivos terapéuticos** que tienen el mismo nivel de importancia para el equipo que la abstención, ellos son los siguientes: la construcción de un proyecto de vida, conseguir y sostener un puesto laboral, retomar/iniciar estudios secundarios, disminuir cantidad y frecuencia de consumo, reconstruir vínculos afectivos. También se incluye desde la sanción de la LNSM al grupo familiar como parte central del abordaje, identificando al mismo como *referente afectivo*.

**c.** A la par de los nuevos objetivos se volvió necesario **construir nuevas estrategias terapéuticas**: talleres de construcción de curriculum vitae, referencia a dispositivos estatales para solicitar empleos, reconstrucción de vínculos con espacios para la reflexión sobre el impacto que tiene en los seres queridos del usuario su situación de salud, talleres sobre educación sexual integral para evitar situaciones de violencia de género en la pareja y en el grupo familiar, concientizar sobre actos saludables al momento de mantener relaciones sexuales, incluir al usuario en el Plan FINEs para la culminación de estudios secundarios, entre otras.

De esta manera, se analiza que el surgimiento de la LNSM y el MRD han generado una serie de cambios en el equipo, que pueden ser entendidos como una *ampliación en las herramientas terapéuticas* para el abordaje de estos usuarios en particular, tanto para pensar estrategias como para definir objetivos terapéuticos y establecer las altas de tratamiento. Así, es claro como pasa la abstinencia a segundo plano y los múltiples determinantes que intervienen en el proceso salud-enfermedad comienzan a jugar un papel principal.

El desafío que tiene el equipo, desde el surgimiento de la LNSM y el MRD, no es perseguir únicamente la desintoxicación sino que consiste en pensar y definir cuál será la forma de iniciar y los pasos a seguir en el tratamiento *según las características del caso en particular*.

El equipo coincide en que trabajar desde el MRD favorece al establecimiento de la alianza terapéutica y transferencia con el usuario, lo motiva a sostener el tratamiento. Lo que evita reacciones negativas del usuario con el tratamiento y/o la institución que culminen con el abandono en el tratamiento, ya que no se lo castiga y/o penaliza por el hecho de seguir consumiendo sustancias.

**4. El funcionamiento del equipo se basa en la interdisciplina.** Lo que genera espacios de discusión sobre dudas en los casos, interconsultas y derivaciones entre los profesionales de distintas áreas. Se genera así una articulación constante entre los profesionales, esto permite que el caso sea abordado en las tres dimensiones: biológica, psicológica, y social (biopsicosocial) de manera integral y articulada.

Tomando los planteos de **Dianne Riley** y **Pat O'Hare** (2001) se puede afirmar que el equipo tiene como prioridad, desde el surgimiento de la LNSM y el MRD, la identificación y disminución de las consecuencias negativas del uso de drogas, para ello trabaja en la búsqueda de objetivos terapéuticos que se focalizan en abordar las áreas afectadas por el uso de drogas y no únicamente en búsqueda de la abstinencia del consumo de drogas. De esta manera, se analiza que el equipo desde el surgimiento del MRD ubica como elemento central del abordaje terapéutico al usuario y no a la sustancia.

<b><u>Cambios en el funcionamiento del equipo a partir del surgimiento de la LNSM y el MRD</u></b>		
<b>Factor de Análisis</b>	<b>ANTES</b>	<b>DESPUÉS</b>
Objetivo Terapéutico	Abstención	Consecuencias negativas del uso de drogas
Lugar del Sujeto	Secundario	Primario
Lugar de la sustancia	Primario	Secundario
Énfasis	Sustancias-Abstención	Sujeto-Disminuir efectos secundarios.
Estrategias terapéuticas	Tratamiento clínico-asistencial individual. Sin articulación entre las distintas áreas.	Tratamiento Integral en las dimensiones bio-psico-sociales y articulación entre las áreas que componen al equipo. Trabajo realizado puertas adentro, siendo la parte social la más débil al momento de la investigación.

## Entonces, ¿qué hacemos y cómo lo hacemos?

Desde el surgimiento de la LNSM y el MRD en el funcionamiento del equipo sucedieron una serie de cambios que fueron analizados anteriormente.

A continuación:

- Se describirán y analizarán las **estrategias** que actualmente implementa el equipo de admisión para llevar adelante la implementación de la LNSM y el MRD en el abordaje del usuario objeto de investigación.
- Al mismo tiempo se desarrollarán **cinco dilemas** que enfrenta el equipo de admisión para la implementación de la LNSM y el MRD.
- Se desarrollarán y analizarán las **posturas del equipo** para hacer frente a los mismos.

El Equipo de Admisión encuentra **cinco dilemas** al momento de diseñar y aplicar estrategias que permitan la implementación de la LNSM y el MRD:

1. Vigencia de dos leyes con propuestas terapéuticas opuestas.
2. Diferencias con la dirección de la institución. Autonomía en la toma de decisiones
3. La utilización que los legos, jueces y abogados, hacen de la LNSM.
4. Adicciones fuera del Ministerio de Salud.
5. Ausencia de trabajo comunitario.

### 1. Vigencia de dos leyes con propuestas terapéuticas opuestas. Postura del Equipo ante dicho dilema.

El surgimiento de la LNSM y el MRD supuso que el equipo se encuentre con una nueva modalidad de abordaje de las problemáticas de salud mental, la cual vino a ubicarse junto al modelo abstencionista, que tiene su origen en la Ley n° 27.737.

De esta manera el equipo cuenta con dos leyes que proponen dos modelos de abordaje terapéuticos totalmente distintos entre sí, los cuales fueron descriptos y analizados anteriormente.

Ante este hecho, **la postura del equipo es la siguiente:** considerar a la propuesta del MRD y a la del modelo abstencionista como complementarias. Primando en el abordaje terapéutico siempre la estrategia que sea más funcional según las características del caso y que, a su vez, permita al usuario una modificación en su salud.

Considerando esto, se ha identificado que el equipo lleva adelante **tres tipos de estrategias en relación a los dos modelos:**

**a. El caso por sus características es viable de ser abordado únicamente desde el modelo reduccionista,** ya que si se propone el abstencionismo el usuario abandona el tratamiento porque no es posible para él sostener la abstención de la sustancia, por dos razones: primero, el consumo crónico generó un deterioro neurocognitivo permanente entonces al quitar la sustancia generaría una mayor alteración en las funciones cognitiva y neurológicas del sujeto afectando su funcionalidad; en segundo, la estructura de personalidad del sujeto es psicótica, la cual se encuentra estabilizada por la sustancia, es el sintohme que el usuario ha creado para su estabilización, entonces quitarla generaría una desestabilización. Entonces, abordar el caso trabajando sobre los efectos negativos que ha generado la sustancia es lo más pertinente.

**b. El caso por sus características es viable de ser abordado desde el abstencionismo.** Por una razón: la estructura de personalidad del usuario es psicótica y la sustancia desestabiliza la misma, entonces es terapéuticamente necesario retirar la sustancia.

**c. Las características del caso permiten al equipo pensar una estrategia basada en la complementación de los modelos,** comenzando primero el trabajo desde la reducción de daños, para favorecer la adherencia y la implicación subjetiva en el tratamiento, buscando con diferentes estrategias abordar las consecuencias negativas del uso de sustancias. Luego, cuando se han cumplido ciertos objetivos que permiten visualizar un bienestar en la vida del usuario, se continúa trabajando desde el abstencionismo buscando que el usuario elimine o reduzca las sustancias que consume.



Esta postura del equipo refleja que su funcionamiento se basa en el caso *por caso* ya que su enfoque de trabajo no se apoya de manera global en ninguno de los dos modelos, sino que utiliza los recursos que cada uno propone según las particularidades del caso.

En esta postura se refleja la incorporación de los planteos de la LNSM y el MRD. Se considera que uno de los factores que contribuyen a esta modalidad de funcionamiento del equipo es que la mayoría de los miembros del equipo cuentan con formación, tanto de grado como de posgrado, en el nuevo paradigma en salud mental.

## **2. Diferencias con la Dirección de la institución y la Revisión del Protocolo Institucional**

Existe una diferencia con los directivos en relación a cuál debe ser la modalidad de abordaje desde cual el equipo debe desarrollar las funciones.

Como se explicó anteriormente el Centro Terapéutico Makipura es un dispositivo que se encuentra ubicado dentro de la Secretaría de Prevención de Adicciones, la cual propone un conjunto de políticas públicas con un enfoque abstencionista. Entonces los lineamientos que emite la dirección de la institución enmarcan dentro de ese enfoque. Por su parte el equipo presenta una posición, aunque no integrada, que considera desarrollar sus funciones desde el MRD.

Entonces esta situación produce tensiones entre el equipo y los directivos, ya que el equipo propone un abordaje desde el MRD pero se encuentran con lineamientos desde la dirección ligados al abstencionismo. Sin embargo, estas tensiones y diferencias desde julio del corriente año han ido disminuyendo considerablemente a partir de que la institución decidió llevar adelante una **revisión del protocolo institucional**.

La revisión del mismo fue propuesta por el equipo de admisión ya que consideraron que era necesario establecer modificaciones formales en el funcionamiento de la institución, para poder brindar una atención que se encuadre en la propuesta del nuevo paradigma en salud mental y en la propuesta de la LNSM y el MRD.

Los miembros del equipo consideran que desde que la revisión inició se ha generado una **modificación parcial** en la postura de los directivos. La misma se ve reflejada en, por ejemplo, que *antes de la revisión* se exigía que para otorgar un alta en el tratamiento el usuario tenía que lograr plenamente la abstinencia y si no era posible para el usuario lograrla o el usuario tenía recaídas se penalizaba con la expulsión y la información al juez.

De esta manera los profesionales al momento de desarrollar su trabajo cumplían una doble función: funciones de orden sanitario y funciones de control social, como plantea **Gustavo Hurtado** (2001).

*En la actualidad* una recaída no supone la expulsión ni informar al juez ya que se trabaja alrededor de otros objetivos (desarrollados anteriormente) y estrategias terapéuticas (ver página 61) que se ubican desde el MRD.

Sin embargo, los directivos siguen presionando, aunque ya no tan explícitamente sino de manera más implícita, para que el equipo trabaje desde el abstencionismo. Lo hace a través de *sugerencias* que realizan a los profesionales en las reuniones de equipo.

Al respecto, el equipo manifestó que esto se observa, por ejemplo, en que a pesar de que el usuario haya creado un proyecto de vida consiguiendo un trabajo y disminuido la cantidad y frecuencia de consumo, los directivos *sugieren* que se trabaje para abandonar el uso de sustancias. Sin embargo, no existe un consenso grupal para enfrentar las diferencias con la dirección ya que consideran que es difícil que la situación cambie, debido a que los lineamientos que reciben los directivos provienen de la Secretaría de Prevención de Adicciones y ésta sostiene la postura abstencionista a ultranza.

**Se considera que surgimiento de la LNSM ha permitido al equipo de admisión:**

- ✓ Dejar de ejercer, como plantea **Hurtado** (2001), un rol represivo en tanto agentes de salud, concentrándose ahora más en albergar sufrimiento o padecer subjetivo del usuario, es decir, en su rol como profesionales de salud mental.

- ✓ Lograr mayor autonomía para el desarrollo de sus funciones, porque cuenta con el desarrollo teórico proveniente del nuevo paradigma de salud mental y con el apoyo de la comunidad científica para fundamentar sus intervenciones. Así ya no tiene que limitarse a cumplir con los lineamientos de la dirección.

Al mismo tiempo, se analiza que los resabios existentes desde la dirección en relación al modelo abstencionista tienen aún influencia en el trabajo del equipo, que se pueden observar, por ejemplo, en la falta de trabajo comunitario por parte del equipo, de esta manera, los determinantes sociales no son tenidos en cuenta, la responsabilidad recae sobre el sujeto y los aspectos estructurales como la pobreza, desempleo, entre otros, no son tenidos en cuenta.

### 3. La utilización que los legos, jueces y abogados, hacen de la LNSM.

Los miembros del equipo plantearon que los **abogados** utilizan a la LNSM como parte de la estrategia para evitar que sus clientes, o sea los usuarios del sistema de salud, ingresen a los sistemas penitenciarios a cumplir sentencias efectivas. Entonces envían a los clientes a dispositivos como el Centro Terapéutico Makipura para que realicen tratamientos que dilaten el cierre de la causa legal que los enviará a cumplir sentencias en cárceles.

Por otro lado, los **jueces** basándose en la ley 27.737, a través de las medidas de seguridad curativas, obligan al acusado a realizar tratamiento para rehabilitarse del consumo problemático de sustancias que presentan.

Entonces el equipo se encuentra con un usuario que llega a la institución sin demanda de tratamiento, obligado a cumplir con el mismo por la ley, concibe al mismo como una *pena a cumplir* como plantea **Mara Escudero** (2001). Asiste solo a cumplir para obtener una prórroga en su sentencia o en disminuir los años de condena.

**Ante esto el equipo se posiciona de la siguiente manera:**

Considera que las medidas de seguridad curativas de carácter obligatorio permiten que este tipo de usuario ingrese en el dispositivo de salud a recibir tratamiento. Con esto, el equipo tiene la posibilidad de brindar una atención.

Ante el hecho de que el usuario no presente demanda de tratamiento, desarrollan estrategias desde MRD. Ya que las mismas permiten el trabajo con aquellas áreas de la vida del usuario que se encuentran afectadas, lo que permite habilitar un espacio terapéutico de co-construcción entre el profesional y el usuario, invitándolo a que deposite en el mismo su propia subjetividad, conflictos, dudas, ansiedades, entre otros, y que las mismas sean trabajadas terapéuticamente.

Con esta forma de trabajo el equipo ha logrado que el usuario disminuya el abandono del tratamiento o que inicie los mismos múltiples veces sin conseguir resultados. De esta manera, el trabajo del equipo desde el MRD le ha permitido alcanzar ciertos logros terapéuticos que son beneficiosos para este tipo de usuario.

Se analiza entonces quizás el aporte más significativo de la LNSM a través del MRD para el abordaje de este tipo de usuarios **sea revertir la compulsividad a los tratamientos** que propone la Ley N° 27.737 con las medidas de seguridad curativas y el modelo abstencionista, a los cuales **Gustavo Hurtado** (2001) denomina *tratamientos compulsivos*, ya que el pareciera ser que **la propuesta terapéutica desde el MRD permite que el tratamiento cobre un sentido para el usuario** y no se trate de algo que se le impone eliminando sus subjetividad sino que al contrario permite el despliegue de su subjetividad.

Luego del análisis de los dilemas que enfrenta el equipo de admisión para la implementación de la LNSM y el MRD surge la siguiente pregunta: **¿Qué tipo de estrategias implementa el Equipo de Admisión para el abordaje terapéutico de este tipo de usuarios?**

Al momento de pensar el esquema de tratamiento para este tipo de usuarios se considera que el equipo tiene en mente al nuevo paradigma de salud mental. Algunas de las estrategias que propone son las siguientes:

- a. Talleres de construcción de curriculum vitae.
- b. Referencia a dispositivos estatales para solicitar empleos.
- c. Reconstrucción de vínculos con espacios para la reflexión sobre el impacto que tiene en los seres queridos del usuario su situación de salud.
- d. Talleres sobre educación sexual integral para evitar situaciones de violencia de género en la pareja y en el grupo familiar y concientizar sobre actos saludables al momento de mantener relaciones sexuales.
- e. Incluir al usuario en el plan FINEs para la culminación de estudios secundarios, entre otras.
- f. Explicación en un lenguaje adaptado al nivel cultural del usuario de: su situación de salud y legal.
- g. Solicitud de estudios médicos para indagar la posible presencia de ETS.

Dichas estrategias abordan las consecuencias negativas que tiene en vida del usuario el uso de sustancias y permiten tanto la restitución de derechos como la re-inclusión del usuario en la sociedad, **por lo tanto, se enmarcan en la propuesta del MRD** y a su vez reflejan que el equipo trabaja focalizándose en el sujeto.

#### **4. Adicciones fuera del Ministerio de Salud.**

El hecho de que la temática de Adicciones no esté ubicada dentro del Ministerio de Salud implica que en nuestra provincia la adicción no es considerada un problemática de salud. Lo cual tiene un gran impacto y da cuenta el espacio que tiene la salud mental en nuestra provincia.

En relación al usuario especificado, el impacto en su tratamiento es negativo. Ya que el equipo, al no ser parte de salud, encuentra múltiples barreras al momento de pensar las estrategias terapéuticas.

Las principales barreras surgen al momento de:

- ✓ Realizar referencia de casos a otras instituciones
- ✓ Pedir internaciones en diversos dispositivos de la provincia

El conflicto que surge cuando el equipo de Equipo de Admisión debe realizar referencia a otros dispositivos de salud, es que los mismos rechazan al usuario indicando que *no tratan adicciones porque no es un tema de salud*.

Las referencias se realizan cuando la terapéutica pertinente para el caso excede las posibilidades del equipo, ellas son: internaciones y estabilización del usuario en situación de crisis. Es necesario recordar que el Centro Terapéutico no realiza internaciones ni estabilización en situación de crisis.

En relación a las internaciones, es necesario aclarar que un gran número de los usuarios especificados no cuenta con obra social, las cuales son necesarias para ingresar a los dispositivos de internación especializados en adicciones, siendo la única opción para estos la de recurrir a los dispositivos estatales para recibir tratamiento.

Los dispositivos estatales de internación, en la provincia de La Rioja, no están especializados en la temática, por lo que los usuarios son rechazados debido a que *no son dispositivos para realizar internaciones por adicciones*.

De esta manera, el hecho de que en la provincia de La Rioja se excluya a las adicciones del campo de la salud, pone en jaque la implementación de la LNSM en relación al MDR, siendo los resultados los siguientes:

- ✓ no se garantiza el acceso al sistema de salud a este tipo de usuarios.
- ✓ el usuario es excluido y/o segregado de los dispositivos de salud por el tipo de problemática que presenta.

La consecuencia directa de este quiebre interinstitucional recae sobre el usuario, produciéndose un corte en su tratamiento o no dándose inicio al mismo. Quedando el usuario *dando vueltas, rebotando entre un dispositivo y otro*.

La postura del equipo de admisión ante este dilema, es recurrir a los recursos personales con los que cada uno cuenta, ellos son: establecer un contacto informal con profesionales de distintos dispositivos e intentar persuadirlos para que reciban a los usuarios que serán derivados.

Esta estrategia puede ser pensada como un intento de construir una *red informal de trabajo*. Al ser informal, tanto el equipo como el usuario, quedan librados a la decisión que pueda tomar el otro dispositivo, es decir, aceptar o rechazar al usuario.

Al respecto, los profesionales expresaron, por un lado, enojo y resignación, ya que consideran que la decisión de ubicar a las adicciones fuera de salud, responde no a una decisión científicamente fundamentada sino a una decisión política, por lo que consideran que difícilmente cambie la situación en el corto y largo plazo. Por otro lado, expresaron estar agotados con este contexto, debido a que en múltiples ocasiones los usuarios han sido rechazados a pesar de su intento de persuadir a sus contactos.

Al enojo, resignación y agotamiento, se suma que cuando presentaron quejas sobre la situación a la dirección del Centro Terapéutico Makipura y a la Secretaría General de Adicciones fueron desestimados, lo que, según el relato del equipo, disminuye el entusiasmo y la energía para llevar adelante sus funciones.

### 5. Ausencia de trabajo comunitario.

Los profesionales pertenecientes al área de trabajo social y al área de psicología plantean que si bien la LNSM propone **incorporar a lo social** como parte del abordaje de las problemáticas de salud mental, consideran que actualmente en el equipo ese componente se encuentra debilitado ya que no se realizan tareas en el terreno donde los usuarios desarrollan su vida cotidiana.

Los profesionales plantearon la ausencia de esa modalidad de abordaje **se debe a dos motivos**. Por un lado, los directivos presentan una renuencia a que los profesionales desarrollen sus funciones desde el MRD, por lo tanto, se oponen a la modalidad de abordaje comunitario; y, por otro lado, algunos integrantes del equipo se resisten a trabajar desde el nuevo paradigma de salud mental, principalmente a que el equipo desarrolle funciones puertas afuera de la institución.

**Riley y O'Hare** (2001) sostienen que las consecuencias negativas del uso de drogas se dan en el campo de lo social y en el campo de la salud. Al respecto se puede analizar que el equipo de admisión aborda únicamente las consecuencias negativas en el campo de la salud, porque se concentra plenamente en la dimensión física y dimensión psicológica pero la dimensión social es la que se encuentra más debilitada en el abordaje, por los motivos anteriormente mencionados.

Considerando las características del MRD propuestas por **Dianne Riley y Pat O'Hare** (2001), se puede realizar el siguiente análisis:

- **Pragmatismo y Valores Humanitarios:** el equipo considera que el hecho de que la LNSM garantice el acceso al sistema de salud y a un tratamiento es una forma de restituir los derechos humanos del usuario independientemente de la situación legal que se encuentren atravesando. Desde su lugar, como profesionales de la salud mental garantizan la restitución de derechos a través de estrategias como, explicación de la situación legal en la que se encuentran, explicación de la terapéutica que se le propone, talleres de construcción de curriculum vitae para la búsqueda de trabajos, solicitud de estudios médicos para un control sanitario.
- **Jerarquía de Objetivos:** tomando el ejemplo anterior, se considera que el equipo define los objetivos terapéuticos teniendo en cuenta cuales son más prioritarios que otros según el caso. Por ejemplo, si el usuario cuenta con un sustento económico pero sus problemas giran en torno a la angustia que genera la situación legal y de consumo en la que se encuentra, allí el trabajo terapéutico se concentrará en alojar ese sufrimiento y movilizarlo para que el sujeto pueda elaborar alguna postura ante su realidad.
- **Eje en los Daños y Balance de Costos y Beneficios:** el equipo, al momento de la investigación, se focaliza en los daños generados en la salud por el uso de drogas, no únicamente en la búsqueda de la abstinencia. Al mismo tiempo, la forma de abordaje se basa en el caso *por caso*, es decir, como forma general el equipo aborda las consecuencias negativas del uso de drogas en todos los usuarios pero al



mismo tiempo se adapta la forma de abordaje de dichas consecuencias a las características del caso. Por ejemplo, basándose en los indicadores sociales de riesgo que presente el caso, se decide si es necesario que el usuario tramite una pensión económica al estado, gestionar desde la institución un bolsón alimentario como primera medida. Luego se puede focalizar el tratamiento en la búsqueda de un trabajo para aumentar los ingresos, y así sucesivamente.

**Se considera que** está siendo abordada plenamente solo la dimensión física y la dimensión psicológica, quedando la dimensión social por fuera del tratamiento. **La falta de abordaje comunitario por parte del equipo es un elemento que dificulta la plena implementación de LNSM y del MRD.** Ya que ésta propone a *lo social* como un son factor que incide directamente en la salud mental, entonces que los mismos no sean abordados disminuye las posibilidades de lograr un *abordaje integral*.

## A los fenómenos complejos, análisis complejos.

Se decide utilizar la técnica *FODA* porque en el transcurso del trabajo de campo el investigador identificó que los elementos influyentes en la implementación de la propuesta de la LNSM en relación al MRD, para el tipo de usuario especificado previamente, eran múltiples, muy variados y de origen tanto interno al equipo de admisión como externos al mismo. Se consideró, ante este panorama, que la técnica FODA es la que mayor sensibilidad presenta para poder abordar las múltiples variables que presenta el fenómeno.

### Análisis FODA.

#### 1. Identificar y Analizar los Factores Externos:

##### **Oportunidades:**

- Los directivos del dispositivo aceptaron revisar el protocolo institucional para formalizar y alentar la implementación de la LNSM.
- Movimiento en la comunidad científica a favor y en defensa de la implementación de la LNSM y del nuevo paradigma en salud mental.
- Recurso humano emergente formado bajo los lineamientos del nuevo paradigma.

##### **Amenazas:**

- La provincia La Rioja, al momento de la investigación, ubica a las adicciones dentro del Ministerio de Gobierno de la Provincia y no en el ministerio de salud.
- La Secretaría de Prevención de Adicciones sostiene una postura abstencionista.
- La dirección de la institución presenta postura abstencionista para el abordaje de las adicciones.
- Utilización de las leyes por parte de jueces y abogados con fines no terapéuticos.
- Vigencia de leyes con visiones opuestas (LNSM y Ley N° 27.737).

## 2. Identificar y Analizar los Factores Internos:

### **Fortalezas:**

- Los miembros más jóvenes del equipo cuenta con formación en el nuevo paradigma de salud mental: grado y posgrado.
- Autonomía para la toma de decisiones.
- Revisión del protocolo institucional.
- Implicancia en sus funciones.

### **Debilidades:**

- Algunos miembros del equipo presentan una reticencia a trabajar con el nuevo paradigma en salud mental.
- Ausencia de consenso grupal para abordar las diferencias con los directivos de la institución.
- Diferentes posturas relación a la posibilidad de incorporar el trabajo comunitario al funcionamiento del equipo.
- Prejuicios sobre este tipo de usuario.

### 3. Confección de la Matriz FODA.

<b>FODA</b>	
<b>Factores Externos</b>	<b>Factores Internos</b>
<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>FORTALEZAS</b>
<p><b>a.</b> Los directivos del dispositivo aceptaron revisar el protocolo institucional para formalizar y alentar la implementación de la LNSM.</p> <p><b>b.</b> Movimiento en la comunidad científica a favor y en defensa de la implementación de la LNSM y del nuevo paradigma en salud mental.</p> <p><b>c.</b> Recurso humano emergente formado bajo los lineamientos del nuevo paradigma</p>	<p><b>a.</b> Los miembros más jóvenes del equipo cuenta con formación en el nuevo paradigma de salud mental: grado y posgrado.</p> <p><b>b.</b> Autonomía para la toma de decisiones.</p> <p><b>c.</b> Revisión del protocolo institucional.</p> <p><b>d.</b> Implicancia en sus funciones.</p>
<b>AMENAZAS</b>	<b>DEBILIDADES</b>
<p><b>a.</b> La Rioja, al momento de la investigación, ubica a las adicciones dentro del Ministerio de Gobierno de la Provincia y no en el Ministerio de Salud.</p> <p><b>b.</b> La Secretaría de Prevención de Adicciones sostiene una postura abstencionista.</p> <p><b>c.</b> La dirección de la institución presenta postura abstencionista para el abordaje de las adicciones, lo que genera un choque de representaciones con el equipo.</p> <p><b>d.</b> Utilización de las leyes por parte de jueces y abogados con fines no terapéuticos.</p> <p><b>e.</b> Vigencia de leyes con visiones opuestas (LNSM y Ley N° 27.737).</p>	<p><b>a.</b> Algunos miembros del equipo presentan una reticencia a trabajar con el nuevo paradigma en salud mental.</p> <p><b>b.</b> Ausencia de consenso grupal para abordar las diferencias con los directivos de la institución.</p> <p><b>b.</b> Diferentes posturas relación a la posibilidad de incorporar el trabajo comunitario al funcionamiento del equipo.</p> <p><b>d.</b> Prejuicios sobre este tipo de usuario.</p>

#### 4. Determinación de las Estrategias a Afrontar:

Se considera que sería pertinente abordar las debilidades internas al equipo, ya que las amenazas por su naturaleza, son difíciles de poder ser modificadas. Por su parte, las debilidades se presentan como las más susceptibles de ser abordadas y modificadas.

Para ello se piensa como estrategia: **establecer un espacio de diálogo formal entre los miembros del equipo donde sea posible la circulación de la palabra.** Este dispositivo permitiría darle palabra a las diferencias existentes al interior del equipo sobre temas que son centrales para la implementación de la LNSM y el MRD en este tipo de usuarios.

Las diferencias giran en torno a:

- El nuevo paradigma en salud mental: modelo de reducción de daños, interdisciplina.
- La propuesta de la LSNM y el MRD para el abordaje de las adicciones.
- La incorporación del trabajo comunitario como parte del plan de abordaje del equipo.

Dichas diferencias son silenciadas por el equipo, lo que tiene dos consecuencias: por un lado, se generan tensiones al interior del equipo, y por otro, se reflejan tales diferencias en la ausencia de una postura grupal para abordar las divergencias existentes con la dirección de la institución.

De esta manera, crear un espacio para que estas diferencias sean dialogadas y explicitadas permitiría:

- ❖ la creación de un consenso grupal en torno a las diferencias mencionadas, lo que dispararía las tensiones que circulan al interior del equipo.
- ❖ el establecimiento de una postura grupal para abordar las divergencias de existentes con los directivos de la institución en torno a la modalidad de abordaje de la temática.

## 7. Conclusión

En el proceso de implementación de la LNSM, en relación al MRD, el Equipo de Admisión forma parte de una pintura que presenta múltiples escenas, las cuales parecen a priori estar aisladas entre sí, cada una jugando su partida. Sin embargo, al profundizar la mirada, todas ellas están conectadas entre sí, generando múltiples resonancias en todas las áreas, que parecen imperceptibles, pero influyen en el funcionamiento del equipo.

Se puede decir que el Equipo de Admisión, para llevar adelante el proceso de implementación, tiene que enfrentar diversos dilemas, tanto internos como externos a su funcionamiento, así como también cuenta con fortalezas que favorecen a dicho proceso.

Las diferencias con la dirección de la institución, la postura de jueces y abogados que envían a sus clientes a realizar tratamientos, pero sin perseguir fines terapéuticos, diferentes criterios entre los miembros del equipo, recibir a un usuario que se presenta sin demanda y enfrentar un conjunto de políticas públicas de corte abstencionista que entran en total oposición con el nuevo paradigma en salud mental, **se presentan como elementos que fomentan la circulación, a nivel inconsciente, de ciertos resabios del modelo clínico-asistencialista en las tareas cotidianas del equipo, lo que dificulta la plena implementación de la LNSM y el MRD con esta población.** También la presión sutil de la dirección a que se trabaje con el modelo abstencionista y, por último, la renuencia, tanto de ella como de algunos miembros del equipo, a realizar trabajo comunitario con estos usuarios.

Por otro lado, el surgimiento de la LNSM, el apoyo de toda la comunidad científica en torno a la misma, más la propuesta del equipo de revisar el protocolo institucional y el intenso trabajo en torno al mismo, los resultados terapéuticos positivos obtenidos con estos usuarios al trabajar desde el MRD **son elementos que favorecen y justifican la implementación de la ley en el campo de las adicciones.**

Por lo tanto, el trabajo del Equipo de Admisión con el usuario especificado es de tipo *artesanal* que responde a la lógica del *caso por caso*, ya que deben pensar estrategias que sean únicas para cada subjetividad y al mismo tiempo deben recorrer y sortear un camino plagado de obstáculos. Se considera que tal dinámica es la que permite al equipo obtener resultados beneficiosos para este usuario del sistema.

**Por todo lo expuesto, se concluye que, al momento de la investigación, la implementación de la LNSM en relación al MRD por parte del Equipo de Admisión con este tipo de usuario es parcial y está condicionada por múltiples factores.**

Al mismo tiempo, se piensa que, a futuro, cuando la revisión del protocolo institucional concluya y con ello cambien las prácticas del dispositivo, el trabajo del equipo será desarrollado plenamente desde el nuevo paradigma en salud mental. Esto traerá mayores beneficios a los usuarios que realicen tratamientos con el equipo de admisión y en el resto de dispositivos que ofrece el Centro Terapéutico Makipura. También se piensa que el trabajo, para lograr esto, será arduo pero el Equipo de Admisión tiene la intención y los recursos para lograrlo.

**A partir de este trabajo, surgen los siguientes interrogantes:**

- ❖ El imaginario que los profesionales de salud mental construyen sobre la adicción y el usuario adicto, ¿es un factor obstaculizador para la implementación de la LNSM y el MRD?
- ❖ Por otro lado, ¿qué impacto tiene en el clima laboral las diferencias entre los equipos de salud mental y los directivos de los dispositivos de salud en cuanto al enfoque de abordaje terapéutico que debe utilizarse?
- ❖ Y finalmente, ¿qué influencia tiene la falta de articulación interinstitucional en la implementación de LNSM y el MRD?

## 8. Referencias Bibliográficas.

- SAMPIERI, FERNÁNDEZ Y BAPTISTA (2010). Planteamiento Cuantitativo del Problema. *Metodología de la Investigación* (p.34-57).
- SAMPIERI, FERNÁNDEZ Y BAPTISTA (2010). Diseños del Proceso de Investigación Cualitativa. *Metodología de la Investigación* (p.468-506).
- SAMPIERI, FERNÁNDEZ y BAPTISTA (2010). El Inicio del Proceso Cualitativo: Planteamiento del Problema, Revisión de la Literatura, Surgimiento de las Hipótesis e Inmersión en el Campo. *Metodología de la Investigación* (p.356-381).
- SACABINO, CARLOS. (1996). El Marco Teórico. *El Proceso de Investigación* (p.69-91).
- SACABINO, CARLOS. (1996). El Diseño de Investigación. *El Proceso de Investigación* (p.93-121).
- SACABINO, CARLOS. (1996). Indicadores e Índices. *El Proceso de Investigación* (p.137-153).
- YUNI y URBANO. (2014). La Formulación de Objetivos. *Técnicas para Investigar 1* (p.93-102).
- ECO, HUMBERTO. (2002). Qué es una Tesis Doctoral y Para Qué Sirve. *Cómo se Hace una Tesis* (p.17-23).
- ECO, HUMBERTO. (2002). La Elección del Tema. *Cómo se Hace una Tesis* (p.25-58).
- ECO, HUMBERTO. (2002). La Búsqueda del Material. *Cómo se Hace una Tesis* (p.61-118).
- SILVIA INCHAURRAGA [ET AL]. (2001). El Modelo de Reducción de Daños. *Drogas y Políticas Públicas*.
- MACCAGNO, A. (2001). Aspectos Médicos-Legales. *Drogadicción* (p.263-266).
- MOLINA, ALEJANDRO (2001). La Drogadicción y el Sistema Jurídico. *Drogadicción*. (p.273-287).
- COLLETTA A. YOUNGERS y EILEEN ROSIN (2005). La "guerra contra las drogas" Impulsada por Estados Unidos: su Impacto en América Latina y el Caribe. *Drogas y Democracia en América Latina* (p.13-28).



- ADAM ISACSON (2005). Las Fuerzas Armadas de Estados Unidos en la "guerra contra las drogas". *Drogas y Democracia en América Latina* (p.29-84).
- SILVIA CHIARETTI (2008). La Reforma en Salud Mental en Argentina: una Asignatura Pendiente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, Vol. XVII (p.173182).
- CORDA, A., GALANTE, A. Y ROSSI, D. (2014). Cambios, Propuestas y Resistencia de la Matriz "Prohibicionista-Abstencionista". *Personas que Usan Estupefacientes en Argentina* (p.43-48).
- BERLINGUER, B. (2006). Globalización, Estado y Salud. *Memorias del IV Congreso Internacional de Salud Pública*. 24 (número especial), (p. 9-12)
- CÁCERES, CARMEN MERCEDES [ET. AL.]. (2017). Derechos Humanos en Salud. *El Camino de la Implementación de la Ley de Salud Mental*.
- SLAPAK, S. y GRIGORAVICIUS, M. (2007). "Consumo de Drogas: la Construcción de un Problema Social".
- FREUD, S. (1930). El Malestar en la Cultura. *Tomo XXI, Obras Completas* Amorrortu Editores.
- DIANNE, R y PAT, O. (2001). El Modelo de Reducción de Daños. "Drogas y Políticas Públicas". (p.15 p.44)
- HURTADO, G. (2001). Fundamentos Desde lo Social. "Drogas y políticas públicas". (p. 145 p.162)
- ESCUDERO, M. (2001). Fundamentos Desde Lo Social. "Drogas y políticas públicas" (2001). (p. 179. p186).
- BARRA, A y DIAZCONTI, R (2008). "Guías para el Debate. Las Diferencias entre el Uso, el Abuso y la Dependencia a las Drogas".
- OBSERVATORIO NACIONAL DE DROGAS. (2014). "Estudio Local de Consumos Problemáticos. Municipalidad de Berisso".
- RIQUELME, M. (2015). "FODA: Matriz o Análisis FODA – Una herramienta esencial para el estudio de la empresa".

## Leyes Nacionales y Provinciales, Planes Nacionales y Decretos Nacionales:

- Ley Nacional N° 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Sancionada: 25/11/10; 02/12/10. Promulgada: 02/12/10. Boletín Oficial: 03/12/10.
- Ley Nacional N° 23.737. Tenencia y Tráfico de Estupefacientes. Promulgada: 10/10/89. Promulgada: 10/10/89. Boletín Oficial: 11/11/89.
- Ley Provincial N° 9.098. Protección de la Salud Mental. Promulgada: 06/10/11. Boletín Oficial: 16/12/11.
- Ley Provincial N° 9.326. Programa Provincial de Prevención de Adicciones. Sanción: 06/12/2012. Promulgación: 28/12/2012; Boletín Oficial: 05/03/2013.
- Ley Provincial N° 9.581. Secretaría de Prevención de Adicciones. Sanción: 04/09/2014; Promulgación: 09/09/2014; Boletín Oficial: 14/11/2014.
- Decreto Nacional N° 1249/2016: Emergencia Nacional en Materia de Adicciones.
- Plan Nacional de Salud Mental. (2013). Salud Mental para Todos y Todas.
- SEDRONAR, Plan Nacional de Reducción de Drogas. (2016). Reducción de la Demanda de Droga.

## 9. Anexos

### 9.1. Entrevistas.

#### Entrevista 1

##### 1) Introducción.

- **¿Hace cuánto tiempo trabaja como miembro del equipo de admisión?**

Hace ya 8-10 años

- **¿Cuáles son las funciones del equipo de admisión?**

Básicamente recibir al usuario, evaluarlo en tres áreas que son psicología, psiquiatría y trabajo social, definir un diagnóstico, pronóstico y esquema terapéutico.

- **En su caso particular, ¿qué funciones cumple como miembro del equipo de admisión?**

Realizo primeras entrevistas a los pacientes o usuarios que llegan a Makipura, también asesoramiento al grupo familiar, entrevistas de orientación y también participo en las reuniones de equipo.

##### 2) **La Ley Nacional de Salud Mental, el Modelo de Reducción de Daños en Casos de Adultos Judicializados con Oficio por Consumo Problemático de Sustancias:**

Centrándonos en la población "casos de adultos judicializados con oficio por consumo problemático de sustancias":

- **¿Qué supuso en la institución el surgimiento de la ley nacional de salud mental y el modelo de reducción de daños para la atención de estos usuarios en particular?**

Generó en su momento mucho desacuerdo, porque la gente que trabajaba antes aquí seguía mucho la línea médica-clínica que no tiene nada que ver con la reducción de daños. En cambio ahora, en la actualidad, los profesionales más jóvenes vienen con otra formación ligada al nuevo paradigma en la salud mental. Pero en su momento algunos profesionales leímos la ley y nos adaptamos, otros aún no.

- **¿Cómo era el trabajo previo a la sanción de dicha ley con estos usuarios?, ¿por qué se disponía de esa forma? ¿En qué lineamientos se basaba y qué objetivos perseguía?**

Era totalmente clínico, nunca por ejemplo se podría pensar en citar a un padre, o llamar al psicólogo, psiquiatra para evaluar el caso o crear redes por fuera de la institución. Era totalmente clínico, cerrado.

- **¿Qué modificaciones se generaron a partir de la aparición de la ley en la atención de estos usuarios?, ¿Qué acciones se realizaron para poder abordar estos cambios?, ¿Por qué?**

Personalmente creo que la reinserción fue lo central o más drástico en cuanto a una modificación. Ya que antes era solo *que deje de consumir* no importaba si reducía una sustancia, la cantidad o si sostenía solo los sábados por la noche

Las acciones fueron individuales, no sucedió nunca, no lo he visto que venga Juana o Ferreyra a decirnos *chicos miren esta es la ley estúdienla porque a partir de mañana vamos a trabajar así*. Si no que uno solo fue, la institución no dispuso nunca nada.

- **¿Usted ha encontrado obstáculos para la implementación de dicho modelo en estos usuarios?, ¿Cuáles?, ¿Cómo los ha abordado?**

Obstáculos si muchos, más que nada el tema de la *integralidad*, sacarme de la mente lo clínico y focalizar en crear redes, que el paciente tenga trabajo o vuelva a la escuela o cree un proyecto de vida, que eso es reducción de daños.

- **¿Cuál fue la reacción de equipo y la suya a estas nuevas normativas?**

Desde la dirección de Makipura no dieron lineamientos, el profesional lo hizo sólo. Mucho me sirvió, fue mi caso, los nuevos profesionales que ingresaron,

como la Lic. Vega, que ellos ya venían formados y preparados en este paradigma, entonces fue como aprender viéndolos a ellos.

### 3) **El Modelo De Reducción de Daños y Modelo Abstencionista en los Casos De Adultos Judicializados por Oficio por Consumo Problemático De Sustancias:**

- **¿Qué influencia tiene el hecho de que estén vigentes en la actualidad el modelo abstencionista y el modelo de reducción de daños en el trabajo con estos usuarios?, ¿Cómo es el diseño de los tratamientos?, ¿Qué objetivos terapéuticos se persiguen?, ¿Qué elementos se consideran para otorgar un alta terapéutica?, ¿Por qué?**

En el trabajo genera choques, porque no todo es *lo clínico lo clínico* como piensan, hay que trabajar en otras necesidades del sujeto: la escuela, el trabajo, el deporte, la educación. *Entonces los tratamientos giran en torno a esto, a la integralidad*, tocar todas las áreas de la vida para ver dónde se mueve algo y genera el cambio. Así lo del alta viene por cualquier lado, si ya hay proyecto de vida armado está bien, aunque siga sosteniendo alguna sustancia, se redujo el daño que hacía la droga en muchas áreas de su vida.

- **¿Surgen dificultades con la vigencia de los dos modelos en la atención de estos usuarios?, ¿Cuáles?, ¿Cómo las enfrenta usted?**

Y sí, con el abstencionismo esto de hacer integralidad era impensado incluir a la educación, no sería posible directamente, no era por ejemplo, un lineamiento evaluar si el paciente asiste o no a la escuela, solo si consumía o no. El *Grupo Cambio en Acción* es donde están estos usuarios en particular al inicio de su tratamiento fue central en todo este proceso. Ya que ahí los profesionales detectaron que no les gustaba ir a la escuela porque los llevaban en camionetas de la policía, esposados y la gente los miraba y se sentían estigmatizados, entonces estos profesionales basándose en la ley trajeron el plan FINeS para que la escuela se haga acá y ha dado buenos resultados, varios chicos lograron terminar el secundario ahí, lo que es positivo para el tratamiento y la reducción del daños.

- **¿Qué acciones desarrolla usted para la implementación del modelo de reducción de daños en el tratamiento de estos usuarios en particular? ¿y el equipo?**

Trabajar desde la integralidad, como te decía, e incluir más a la familia, que entienda la importancia del acompañamiento, un referente afectivo, sea el paciente menor o mayor. Porque llegan muy perdidos por las sustancias, manoseados por miles de instituciones, abogados, jueces, entonces incluir al grupo familiar ayuda mucho.

#### **4) Modelo de Reducción de Daños y Modelo Abstencionista - Posición de la Institución:**

- **¿Cuál es su postura ante la vigencia de estos dos modelos tan distintos?**

Comparto el modelo reduccionista pero hay cosas que no me parecen aunque sí es muy efectivo y beneficioso para el paciente y el uso que hace de la sustancia. Con el viejo modelo solo el consumo se trabajaba pero ese consumo era por cosas previas. En cambio este nuevo modelo sí lo permite, trabajar con otras cosas que eran la base del consumo.

- **¿Qué cosas no le parecen del modelo reduccionista?**

Coincido con la integralidad pero en relación a las edades hay diferencias para pensar la *integralidad* con estos casos en particular y más que nada en los niños y más que nada aún en las niñas, en las mujercitas.

- **¿qué sucede en estos casos, los judicializados, y en el de las menores de edad?**

En los casos judicializados hay un vacío legal porque los abogados, jueces y todos los de la rama del derecho usan la ley para hacer o zafar al paciente de la cárcel o demorar el juicio o bien pasan por encima del criterio del equipo indicando después de que durante un mes estuvimos trabajando en el caso. Te digo que hay un abuso de la ley pero bueno la misma lo permite porque no hay un apartado específico para estos casos.

Y en el caso de las menores de edad no hay dispositivo donde incluirlas, con once o doce años, no hay donde ubicarlas en lo público y eso que la ley surgió cuando ya había consumo entre los menores así que es un tema muy delicado.

- **¿Cuál es la postura de los directivos de la institución en relación al modelo de reducción de daños y el modelo abstencionista?**

Creo que a Juana le costó tanto como a los profesionales pero con el inconveniente de que Andalor no está de acuerdo con la ley. Y ella se tiene que amoldar a los lineamientos del doctor aunque no esté de acuerdo con lo que se le pida pero también a nosotros nos permite que trabajemos por lo mejor de los pacientes.

El Director de Adicciones de la provincia dice su postura, entonces Makipura nunca va hacer *el cambio* en grande, si podrá incorporar algunas cosas en el protocolo como no echar al paciente si viene con gorra, piercing o una remera con una planta de marihuana, como si eso fuese algo realmente importante, pero al estar la cabeza en contra es difícil pensar en un cambio grande.

- **¿Cómo influye la misma en el trabajo del equipo para la implementación del modelo de reducción de daños en estos usuarios en particular?, ¿y en el suyo?**

Es un gran limitante, porque si la directora está atada de manos piensa nosotros, pero sin embargo nos da libertad Juana y si no luchamos por trabajar de la forma en que creemos el paciente se va a beneficiar más.

##### **5) Políticas Públicas en materias de Droga de la Provincia de La Rioja y la Ley Nacional de Salud Mental, el Modelo de Reducción de Daños:**

Considerando que en la provincia la temática de adicciones está ubicada por fuera del ministerio de salud, se encuentra dentro del ministerio de gobierno de la provincia:

- **¿Qué influencia tiene en los directivos?, ¿Por qué cree que es así?**

Mucha influencia, dicen que la Adicción es una enfermedad pero no está en salud, los estamentos ejecutivos no lo toman así, entonces es una cosa de locos. Y es así, creo yo, por temas políticos, de caudillismo de decir que van a ganarle

a las drogas eliminándolas considerar que no es lo central eso si no abordar al paciente.

- **¿qué impacto tiene en el funcionamiento del equipo de admisión para la implementación del modelo de reducción de daño en estos usuarios en particular?, ¿Genera algún tipo de obstáculos?, ¿Cuáles?, ¿Se han desarrollado acciones para abordar los mismos?**

Influye en que estamos precarizados, trabajar en adicciones es estar precarizados, no tener reconocimiento. Desgasta mucho, no hay incentivos de ningún tipo, entonces uno se cansa y dice *hasta acá llego* y ahí empiezan las peleas internas, los malos tratos a los pacientes.



## Entrevista 2

### 1) Introducción.

- **¿Hace cuánto tiempo trabaja como miembro del equipo de admisión?**

Hace un año y cinco meses.

- **¿Cuáles son las funciones del equipo de admisión?**

Hacer una evaluación en tres áreas, psicología, psiquiatría y trabajo social, determinar un diagnóstico y esquema de tratamiento y participar en el tratamiento.

- **En su caso particular, ¿qué funciones cumple como miembro del equipo de admisión?**

Hago admisiones, readmisiones y tratamiento individual.

### 2) **La Ley Nacional de Salud Mental, el Modelo de Reducción de Daños en Casos de Adultos Judicializados con Oficio por Consumo Problemático de Sustancias:**

Centrándonos en la población "casos de adultos judicializados con oficio por consumo problemático de sustancias":

- **¿Qué supuso en la institución el surgimiento de la ley nacional de salud mental y el modelo de reducción de daños para la atención de estos usuarios en particular?**

Garantizar el acceso a la salud, no sé cómo era antes, pero principalmente el derecho a la salud, y si no tenes eso no hay terapia posible.

- **¿Cómo era el trabajo previo a la sanción de dicha ley con estos usuarios?, ¿por qué se disponía de esa forma? ¿En qué lineamientos se basaba y qué objetivos perseguía?**
- **¿Qué modificaciones se generaron a partir de la aparición de la ley en la atención de estos usuarios?, ¿Qué acciones se realizaron para poder abordar estos cambios?, ¿Por qué?**

Considerar al usuario como sujeto derecho y que el estado a través de nosotros se haga cargo de estas personas. Aunque creo que en estos casos judicializados la ley es usada como evasión del sistema legal, la internación o el tratamiento como evasión del servicio penitenciario, aunque no todos obvio, algunos hacen tratamiento porque hay demanda o se lograr generar conciencia de situación. Es el caso por caso, pero creo que prima la ley como forma de evasión, obvio que el paciente no sabe eso, los abogados lo usan, que es válido porque es su trabajo proteger a su cliente, pero el tema salud no les interesa.

- **¿Usted ha encontrado obstáculos para la implementación de dicho modelo en estos usuarios?, ¿Cuáles?, ¿Cómo los ha abordado?**

No, pertas adentro uno hace lo que es mejor para el paciente entonces este modelo vino de diez, porque legitima lo que ya hacíamos por debajo de la mesa por decirlo de alguna manera. A parte al venir con tanto recorrido, es empezar por ahí sí o sí.

- **¿Cuál fue la reacción de equipo y la suya a estas nuevas normativas?**

La ley esta buena, descentraliza el poder de los médicos sobre el sistema de salud, el paciente, es positiva pero en la realidad la reglamentación cuesta, se necesita recursos humanos capacitados, dinero y eso lleva tiempo.

### **3) El Modelo De Reducción de Daños y Modelo Abstencionista en los Casos De Adultos Judicializados con Oficio por Consumo Problemático De Sustancias:**

- **¿Qué influencia tiene el hecho de que estén vigentes en la actualidad el modelo abstencionista y el modelo de reducción de daños en el trabajo con estos usuarios?, ¿Cómo es el diseño de los tratamientos?, ¿Qué objetivos terapéuticos se persiguen?, ¿Qué elementos se consideran para otorgar un alta terapéutica?, ¿Por qué?**

Creo que depende de la filosofía de la institución, si la misma es atemporal es un camino directo al fracaso, porque no se pone en línea con la realidad social. Si acá se seguía pensando el *consumo cero* era un fracaso total, creo que hoy conviven ambos modelos.

- **¿Surgen dificultades con la vigencia de los dos modelos en la atención de estos usuarios?, ¿Cuáles?, ¿Cómo las enfrenta usted?**
- **¿Qué acciones desarrolla usted para la implementación del modelo de reducción de daños en el tratamiento de estos usuarios en particular? ¿y el equipo?**

Es el caso por caso, no tengo un esquema armado, no sé si es viable el reduccionismo para todos como el abstencionismo tampoco lo es para todos. A un paciente psicótico si se le quitaba la droga se desestabilizaba pero a otro el consumo era lo que lo estabilizaba. Es bueno pero hay que tener cuidado, el reduccionismo no es la solución única, no es *oh la solución*, hay que velar por el bienestar psíquico de paciente, explicar la situación legal, explicar por qué se les ofrece tratamiento. Enseñarles armar un curriculum vitae para que busquen un laburo, es reducir daño y sirve, son cosas pequeñas pero que hacen más que ir solo por la abstinencia.

#### **4) Modelo de Reducción de Daños y Modelo Abstencionista - Posición de la Institución:**

- **¿Cuál es su postura ante la vigencia de estos dos modelos tan distintos?**

Considerar que ambos son útiles, no podemos considerar solo el abstencionismo porque no sirve, la realidad se impone, pero al mismo tiempo la reducción del daño en algunos casos será viable y en otros no. El caso por caso es lo que marca, pero sí me parece buena la aparición del modelo de reducción de daños porque legitima algo que veníamos haciendo implícitamente desde hace tiempo, incluir otros aspectos de la vida, no solo el consumo, lo laboral, o educativo para que desde algún lado el paciente se conecte, lo que es positivo es ofrecer oportunidades.

- **¿Cuál es la postura de los directivos de la institución en relación al modelo de reducción de daños y el modelo abstencionista?**

Creo que políticamente en la provincia la bajada es *consumo cero* y es hipócrita eso, porque hay sustancias que se legitiman y ponderan socialmente. Pero los políticos hablan de *La Rioja libre de todo consumo* y no es así, creo que repercute

acá en Makipura porque es la única institución pública para el consumo, entonces públicamente no podemos decir que hacemos reducción de daños.

- **¿Cómo influye la misma en el trabajo del equipo para la implementación del modelo de reducción de daños en estos usuarios en particular?, ¿y en el suyo?**

Depende, en estos caso si influye esto porque son pacientes complicados para pensar el abstencionismo, entonces la reducción es lo más viable, le guste o no a los políticos, directivos.

##### **5) Políticas Públicas en materias de Droga de la Provincia de La Rioja y la Ley Nacional de Salud Mental, el Modelo de Reducción de Daños:**

Considerando que en la provincia la temática de adicciones está ubicada por fuera del ministerio de salud, se encuentra dentro del ministerio de gobierno de la provincia:

- **¿Qué influencia tiene en los directivos?, ¿Por qué cree que es así?**

Se ven *obligados a*, no les queda otra. Creo que es algo político, una pulseada histórica, somos la única provincia donde adicciones no está en salud, es algo de caudillaje, de querer ganar de arriba.

- **¿qué impacto tiene en el funcionamiento del equipo de admisión para la implementación del modelo de reducción de daños en estos usuarios en particular?, ¿Genera algún tipo de obstáculos?, ¿Cuáles?, ¿Se han desarrollado acciones para abordar los mismos?**

Genera desgaste, hay trabajas en el tratamiento para la derivación, las internaciones porque algunas comunidades terapéuticas no reciben pacientes con causas judiciales por el estereotipo. El profesional está precarizado, no es reconocido, no goza de lo que goza el trabajador oficial de salud.

### Entrevista 3

#### 1) Introducción.

- **¿Hace cuánto tiempo trabaja como miembro del equipo de admisión?**

Hace un año.

- **¿Cuáles son las funciones del equipo de admisión?**

Evaluamos al usuario dentro de lo que se llama Proceso de Admisión, determinamos un esquema de tratamiento, un diagnóstico y participamos del tratamiento y reuniones de equipo.

- **En su caso particular, ¿qué funciones cumple como miembro del equipo de admisión?**

Admisión, readmisión y tratamiento individual.

#### 2) **La Ley Nacional de Salud Mental, el Modelo de Reducción de Daños en Casos de Adultos Judicializados con Oficio con Consumo Problemático de Sustancias:**

Centrándonos en la población "casos de adultos judicializados con oficio por consumo problemático de sustancias":

- **¿Qué supuso en la institución el surgimiento de la ley nacional de salud mental y el modelo de reducción de daños para la atención de estos usuarios en particular?**

Poco y nada. La ley es un nuevo paradigma pero en el caso de los judicializados, al juez la ley poco y nada le importa, hace caso omiso a la ley nacional de salud mental. Puede sin criterio internar o no darle tratamiento a una persona.

- **¿Cómo era el trabajo previo a la sanción de dicha ley con estos usuarios?, ¿por qué se disponía de esa forma? ¿En qué lineamientos se basaba y qué objetivos perseguía?**

No sé porque no trabajaba aquí en ese momento.

- **¿Qué modificaciones se generaron a partir de la aparición de la ley en la atención de estos usuarios?, ¿Qué acciones se realizaron para poder abordar estos cambios?, ¿Por qué?**

Si bien no trabajaba aquí, creo que no hubo grandes modificaciones. Todos los pacientes son atendidos de la misma manera, si quizás con respecto a la posibilidad de tratamiento, antes el juez decidía, ahora no, la ley indica que es obligatorio, y eso si se respeta. Por eso, en estos usuarios es muy complicado el tema de la ley, según qué profesional la lea puede hacer uso de ella como quiera, lo que puede ser en beneficio o no del usuario.

- **¿Usted ha encontrado obstáculos para la implementación de dicho modelo en estos usuarios?, ¿Cuáles?, ¿Cómo los ha abordado?**

Si, con el tema directivos. No querían, pedían abstencionismo puro. Los mismos usuarios y familias vienen pidiendo a gritos una internación. Pero la ley de salud mental dice que la familia se implique, pero la familia te dice *no lo aguanto más intérnelo*, entonces uno explica que depende del equipo, no de mí solamente.

Hay como una especie de beneficio secundario con la ley, jueces, abogados y pacientes la usan y abusan. Piden tratamiento para que el paciente sea derivado al interior u otra provincia y evite la cárcel, lo que menos les importa es el tratamiento. Entonces hay que tener cintura para manejar todo esto.

- **¿Cuál fue la reacción de equipo y la suya a estas nuevas normativas?**

No lo sé, porque yo hice mi residencia ya con la ley de salud mental en funcionamiento, así que nací con este paradigma se podría decir.

### **3) El Modelo De Reducción de Daños y Modelo Abstencionista en los Casos De Adultos Judicializados con Oficio por Consumo Problemático De Sustancias:**

- **¿Qué influencia tiene el hecho de que estén vigentes en la actualidad el modelo abstencionista y el modelo de reducción de daños en el trabajo con estos usuarios?, ¿Cómo es el diseño de los tratamientos?, ¿Qué objetivos terapéuticos se persiguen?, ¿Qué**

**elementos se consideran para otorgar un alta terapéutica?, ¿Por qué?**

Yo creo que conviven, depende del caso por caso cuál primará. Es más hay comunidades que se manejan con el abstencionismo, entonces acá les decimos una cosa a los pacientes y allá se encuentran con otra

- **¿Surgen dificultades con la vigencia de los dos modelos en la atención de estos usuarios?, ¿Cuáles?, ¿Cómo las enfrenta usted?**

Creo que en estos usuarios, el problema es que están en manos de muchas instituciones, nosotros, patronato, servicio penitenciario y todos tienen una visión distinta, es frustrante porque el paciente va y viene con cosas distintas en la cabeza. El Patronato por ejemplo obliga que el paciente haga tratamiento, o sea nada que ver con lo que propone la ley de salud mental. Entonces hay que lidiar con todo eso, si el juez quiere internar o si respeta al equipo, con el abogado que va a insistir, con la familia que se quiere sacar de encima al paciente y las instituciones con múltiples miradas.

- **¿Qué acciones desarrolla usted para la implementación del modelo de reducción de daños en el tratamiento de estos usuarios en particular? ¿y el equipo?**

No, sinceramente no. Ante todo esto hago la evaluación y doy mi criterio, basándome en el modelo de reducción de daños si el caso lo amerita, si es viable y da resultados para el paciente.

**4) Modelo de Reducción de Daños y Modelo Abstencionista - Posición de la Institución:**

- **¿Cuál es su postura ante la vigencia de estos dos modelos tan distintos?**

Creo que el abstencionismo es difícil de mantener, todos los dispositivos para tratar adicciones no están preparados para el paciente policonsumidor, y este modelo no es viable por el perfil epidemiológico de pacientes, consumen muchas sustancias, pero si dejo cinco de las seis que inicialmente usaba, es un avance.

Por otro lado no conozco ningún paciente que no haya recaído o que sostenga alguna sustancia, porque es una cuestión social, a ver, un paciente me decía que veía promociones de birras en el negocio o en los quince de la sobrina vino, y bueno que un vaso iba a tomar y está bien, es impensado que deje para siempre, si hasta uno consume socialmente, entonces no hay que ser hipócritas.

Creo que el modelo de reducción de daños es el más posible porque propone objetivos a corto plazo.

- **¿Cuál es la postura de los directivos de la institución en relación al modelo de reducción de daños y el modelo abstencionista?**

Creo que ahora es más abierta, antes no. Era todo abstencionismo como te dije antes, pero hay aires de cambio con el tema de la revisión del protocolo institucional, más la idea sería formalizar la aplicación de la ley de salud mental.

- **¿Cómo influye la misma en el trabajo del equipo para la implementación del modelo de reducción de daños en estos usuarios en particular?, ¿y en el suyo?**

Creo que el equipo en si siempre hizo reducción de daños, por lo que si influye es más algo de discusiones o peleas, pero puertas adentro siempre hacemos lo que nosotros creemos sea más útil para el paciente independientemente de lo que digan los directivos o jueces.

##### **5) Políticas Públicas en materias de Droga de la Provincia de La Rioja y la Ley Nacional de Salud Mental, el Modelo de Reducción de Daños:**

Considerando que en la provincia la temática de adicciones está ubicada por fuera del ministerio de salud, se encuentra dentro del ministerio de gobierno de la provincia:

- **¿Qué influencia tiene en los directivos?, ¿Por qué cree que es así?**

Es una cuestión política. Creo que los afectados no son los usuarios, para ellos no genera gran diferencia que no esté en salud, si para los profesionales porque estamos precarizados y sin reconocimiento oficial.

A los directivos políticos dudo que le importe mucho, ni saben de la ley ni tampoco tienen injerencia ni conocimiento de lo que hacemos acá, a la política



le interesan solo los números. Así que el profesional hace lo que puede con lo que tiene.

**¿Qué impacto tiene en el funcionamiento del equipo de admisión para la implementación del modelo de reducción de daños en estos usuarios en particular?, ¿Genera algún tipo de obstáculos?, ¿Cuáles?, ¿Se han desarrollado acciones para abordar los mismos?.**

## Entrevista 4

### 1) Introducción.

- **¿Hace cuánto tiempo trabaja como miembro del equipo de admisión?**

Hace un año y medio.

- **¿Cuáles son las funciones del equipo de admisión?**

Hacer un diagnóstico en tres áreas, psicología, psiquiatría y trabajo social, otorgar un tratamiento y diagnóstico al usuario y a la familia.

- **En su caso particular, ¿qué funciones cumple como miembro del equipo de admisión?**

Admisión, readmisión y tratamiento.

### 2) **La Ley Nacional de Salud Mental, el Modelo de Reducción de Daños en Casos de Adultos Judicializados con Oficio por Consumo Problemático de Sustancias:**

Centrándonos en la población "casos de adultos judicializados con oficio por consumo problemático de sustancias":

- **¿Qué supuso en la institución el surgimiento de la ley nacional de salud mental y el modelo de reducción de daños para la atención de estos usuarios en particular?**

Creo que garantizar que accedan al sistema de salud más allá de lo legal.

- **¿Cómo era el trabajo previo a la sanción de dicha ley con estos usuarios?, ¿por qué se disponía de esa forma? ¿En qué lineamientos se basaba y qué objetivos perseguía?**

No trabajaba aquí.

- **¿Qué modificaciones se generaron a partir de la aparición de la ley en la atención de estos usuarios?, ¿Qué acciones se realizaron para poder abordar estos cambios?, ¿Por qué?**

- **¿Usted ha encontrado obstáculos para la implementación de dicho modelo en estos usuarios?, ¿Cuáles?, ¿Cómo los ha abordado?**

Si, que los abogados utilizan la ley como una estrategia para evitar la cárcel, ya sea buscando una internación o que ingrese en tratamiento si o si, independientemente de si hay criterio para eso o no. Como un abuso.

- **¿Cuál fue la reacción de equipo y la suya a estas nuevas normativas?**

A favor, obviamente, es restituir lo que esta persona necesita que es ser respetado, atendido por equipos preparados.

### **3) El Modelo De Reducción de Daños y Modelo Abstencionista en los Casos De Adultos Judicializados con Oficio por Consumo Problemático De Sustancias:**

- **¿Qué influencia tiene el hecho de que estén vigentes en la actualidad el modelo abstencionista y el modelo de reducción de daños en el trabajo con estos usuarios?, ¿Cómo es el diseño de los tratamientos?, ¿Qué objetivos terapéuticos se persiguen?, ¿Qué elementos se consideran para otorgar un alta terapéutica?, ¿Por qué?**

Influye en que permite tener más herramientas, antes era *consumo cero*, ahora es si se puede reducir bueno y si se puede lograr la abstinencia también, es bueno. O sea, dar más herramienta para abordar el caso por caso. Abrió el espectro de posibilidades tanto para el profesional como para el paciente, al no haber demanda en estos casos no se puede obligar. Así el tratamiento es reducir el consumo o sostener la abstinencia, hablar con el trabajador social para ver qué puede apuntalar él, derivar al plan FINEs.

- **¿Surgen dificultades con la vigencia de los dos modelos en la atención de estos usuarios?, ¿Cuáles?, ¿Cómo las enfrenta usted?**

Si, la postura de los abogados, que presionan para internar cuando el paciente está por cuarta vez y la cárcel es inminente. Ante eso hay que calmar a la familia y al paciente explicando que no es que se interna a pedido si no que depende del equipo, educar al paciente y a la familia digamos.

- **¿Qué acciones desarrolla usted para la implementación del modelo de reducción de daños en el tratamiento de estos usuarios en particular? ¿y el equipo?**

Contener primero, no culpabilizar por el consumo ni hablar siempre, en cada consulta, de lo *malo que es la droga* porque eso lo corre al usuario, no viene más. Entonces contener e ir de a poco, junto a la medicación si es que se receta, ir trabajando en que se conecte con su familia, por ejemplo, para tomar la medicación, que en ese momento hable con el familiar que está a cargo de dársela, o que ante el deseo de consumir, haga alguna actividad. Es de a poco, te cuento lo que estoy haciendo con un paciente que recién empezó el tratamiento.

#### **4) Modelo de Reducción de Daños y Modelo Abstencionista - Posición de la Institución:**

- **¿Cuál es su postura ante la vigencia de estos dos modelos tan distintos?**

Depende de cada paciente, con algunos la abstinencia es viable pero depende de los años del consumo cómo llega al tratamiento, su postura ante el mismo. Algunos pacientes plantean querer dejar esto y no lo otro entonces se entra por ahí, pero no se penaliza ni presiona a que deje de todo, entonces ahí es reducción. Pero el peligro es la falsa creencia de que la marihuana no hace mal, si hace mal pero si lo presionas el paciente se va o recae en el tratamiento. En estos casos eso no sirve, porque vienen por quinta vez, o sea, ya es un paciente crónico, pero al mismo tiempo saben que si no sostienen el tratamiento entran en la cárcel, así que es caso por caso. También está el paciente con causa legal pero solo consume hace dos años, entonces el deterioro neurocognitivo no es tan grande, entonces eso permite quizás pensar en la abstinencia, pero se va de a poco reduciendo y tratando de advertir sobre los daños de las drogas y algunos pueden, otros no. No está mal ninguna de las dos, depende de caso.

- **¿Cuál es la postura de los directivos de la institución en relación al modelo de reducción de daños y el modelo abstencionista?**

Trabajan con la abstención en la mente, aunque digan lo contrario, presionan sutilmente siempre para lograr la abstención sin importar que tenga criterio para alta como un proyecto de vida, trabajo, pareja.

- **¿Cómo influye la misma en el trabajo del equipo para la implementación del modelo de reducción de daños en estos usuarios en particular?, ¿y en el suyo?**

No creo que influya, porque el equipo está en la misma línea, estamos formados en el nuevo paradigma en salud mental desde lo comunitario-social y no solo lo clínico. Entonces es más fácil.

##### **5) Políticas Públicas en materias de Droga de la Provincia de La Rioja y la Ley Nacional de Salud Mental, el Modelo de Reducción de Daños:**

Considerando que en la provincia la temática de adicciones está ubicada por fuera del ministerio de salud, se encuentra dentro del ministerio de gobierno de la provincia:

- **¿Qué influencia tiene en los directivos?, ¿Por qué cree que es así?**

Es algo que no se entiende, es algo de interés político de no querer perder o dar a torcer. Cuando en realidad permitiría trabajar de otra forma, de mejor manera. Los directivos creo que coinciden con esto porque es en sí seguir siendo abstencionista, ya que estar en salud es pensar *lo mejor para el paciente* y la abstención sola no es lo mejor como te dije.

- **¿qué impacto tiene en el funcionamiento del equipo de admisión para la implementación del modelo de reducción de daños en estos usuarios en particular?, ¿Genera algún tipo de obstáculos?, ¿Cuáles?, ¿Se han desarrollado acciones para abordar los mismos?**

Impacta si, en que no ayudan en los reclamos entonces estamos precarizados hay pocas plantas. Estar en Salud permitirá mejores nexos para las derivaciones, internacionales, si bien uno intenta hacer todo lo posible, si hay que derivar no queda otra, si es para una comunidad o para internar hay que hacerlo. Pero el sistema pone trabas y al fin de cuentas el paciente tiene todo, es adicto, tiene causa legal, tiene riesgo, pero la institución lo fragmenta.

## Entrevista 5

### 1) Introducción.

- **¿Hace cuánto tiempo trabaja como miembro del equipo de admisión?**

Hace un año y medio.

- **¿Cuáles son las funciones del equipo de admisión?**

Hacer un diagnóstico en tres áreas, psicología, psiquiatría y trabajo social, otorgar un tratamiento y diagnóstico al usuario y a la familia.

- **En su caso particular, ¿qué funciones cumple como miembro del equipo de admisión?**

Admisión, readmisión y tratamiento.

### 2) **La Ley Nacional de Salud Mental, el Modelo de Reducción de Daños en Casos de Adultos Judicializados con Oficio por Consumo Problemático de Sustancias:**

Centrándonos en la población "casos de adultos judicializados con oficio por consumo problemático de sustancias":

- **¿Qué supuso en la institución el surgimiento de la ley nacional de salud mental y el modelo de reducción de daños para la atención de estos usuarios en particular?**

Creo que garantizar que accedan al sistema de salud más allá de lo legal.

- **¿Cómo era el trabajo previo a la sanción de dicha ley con estos usuarios?, ¿por qué se disponía de esa forma? ¿En qué lineamientos se basaba y qué objetivos perseguía?**

No trabajaba aquí.

- **¿Qué modificaciones se generaron a partir de la aparición de la ley en la atención de estos usuarios?, ¿Qué acciones se realizaron para poder abordar estos cambios?, ¿Por qué?**

- **¿Usted ha encontrado obstáculos para la implementación de dicho modelo en estos usuarios?, ¿Cuáles?, ¿Cómo los ha abordado?**

Si, que los abogados utilizan la ley como una estrategia para evitar la cárcel, ya sea buscando una internación o que ingrese en tratamiento si o si, independientemente de si hay criterio para eso o no. Como un abuso.

- **¿Cuál fue la reacción de equipo y la suya a estas nuevas normativas?**

A favor, obviamente, es restituir lo que esta persona necesita que es ser respetado, atendido por equipos preparados.

### **3) El Modelo De Reducción de Daños y Modelo Abstencionista en los Casos De Adultos Judicializados con Oficio por Consumo Problemático De Sustancias:**

- **¿Qué influencia tiene el hecho de que estén vigentes en la actualidad el modelo abstencionista y el modelo de reducción de daños en el trabajo con estos usuarios?, ¿Cómo es el diseño de los tratamientos?, ¿Qué objetivos terapéuticos se persiguen?, ¿Qué elementos se consideran para otorgar un alta terapéutica?, ¿Por qué?**

Influye en que permite tener más herramientas, antes era *consumo cero*, ahora es si se puede reducir bueno y si se puede lograr la abstinencia también, es bueno. O sea, dar más herramienta para abordar el caso por caso. Abrió el espectro de posibilidades tanto para el profesional como para el paciente, al no haber demanda en estos casos no se puede obligar. Así el tratamiento es reducir el consumo o sostener la abstinencia, hablar con el trabajador social para ver qué puede apuntalar él, derivar al plan FINEs.

- **¿Surgen dificultades con la vigencia de los dos modelos en la atención de estos usuarios?, ¿Cuáles?, ¿Cómo las enfrenta usted?**

Si, la postura de los abogados, que presionan para internar cuando el paciente está por cuarta vez y la cárcel es inminente. Ante eso hay que calmar a la familia y al paciente explicando que no es que se interna a pedido si no que depende del equipo, educar al paciente y a la familia digamos.

- **¿Qué acciones desarrolla usted para la implementación del modelo de reducción de daños en el tratamiento de estos usuarios en particular? ¿y el equipo?**

Contener primero, no culpabilizar por el consumo ni hablar siempre, en cada consulta, de lo *malo que es la droga* porque eso lo corre al usuario, no viene más. Entonces contener e ir de a poco, junto a la medicación si es que se receta, ir trabajando en que se conecte con su familia, por ejemplo, para tomar la medicación, que en ese momento hable con el familiar que está a cargo de dársela, o que ante el deseo de consumir, haga alguna actividad. Es de a poco, te cuento lo que estoy haciendo con un paciente que recién empezó el tratamiento.

#### **4) Modelo de Reducción de Daños y Modelo Abstencionista - Posición de la Institución:**

- **¿Cuál es su postura ante la vigencia de estos dos modelos tan distintos?**

Depende de cada paciente, con algunos la abstinencia es viable pero depende de los años del consumo cómo llega al tratamiento, su postura ante el mismo. Algunos pacientes plantean querer dejar esto y no lo otro entonces se entra por ahí, pero no se penaliza ni presiona a que deje de todo, entonces ahí es reducción. Pero el peligro es la falsa creencia de que la marihuana no hace mal, si hace mal pero si lo presionas el paciente se va o recae en el tratamiento. En estos casos eso no sirve, porque vienen por quinta vez, o sea, ya es un paciente crónico, pero al mismo tiempo saben que si no sostienen el tratamiento entran en la cárcel, así que es caso por caso. También está el paciente con causa legal pero solo consume hace dos años, entonces el deterioro neurocognitivo no es tan grande, entonces eso permite quizás pensar en la abstinencia, pero se va de a poco reduciendo y tratando de advertir sobre los daños de las drogas y algunos pueden, otros no. No está mal ninguna de las dos, depende de caso.

- **¿Cuál es la postura de los directivos de la institución en relación al modelo de reducción de daños y el modelo abstencionista?**



Trabajan con la abstención en la mente, aunque digan lo contrario, presionan sutilmente siempre para lograr la abstención sin importar que tenga criterio para alta como un proyecto de vida, trabajo, pareja.

- **¿Cómo influye la misma en el trabajo del equipo para la implementación del modelo de reducción de daños en estos usuarios en particular?, ¿y en el suyo?**

No creo que influya, porque el equipo está en la misma línea, estamos formados en el nuevo paradigma en salud mental desde lo comunitario-social y no solo lo clínico. Entonces es más fácil.

##### **5) Políticas Públicas en materias de Droga de la Provincia de La Rioja y la Ley Nacional de Salud Mental, el Modelo de Reducción de Daños:**

Considerando que en la provincia la temática de adicciones está ubicada por fuera del ministerio de salud, se encuentra dentro del ministerio de gobierno de la provincia:

- **¿Qué influencia tiene en los directivos?, ¿Por qué cree que es así?**

Es algo que no se entiende, es algo de interés político de no querer perder o dar a torcer. Cuando en realidad permitiría trabajar de otra forma, de mejor manera. Los directivos creo que coinciden con esto porque es en sí seguir siendo abstencionista, ya que estar en salud es pensar *lo mejor para el paciente* y la abstención sola no es lo mejor como te dije.

- **¿qué impacto tiene en el funcionamiento del equipo de admisión para la implementación del modelo de reducción de daños en estos usuarios en particular?, ¿Genera algún tipo de obstáculos?, ¿Cuáles?, ¿Se han desarrollado acciones para abordar los mismos?**

Impacta si, en que no ayudan en los reclamos entonces estamos precarizados hay pocas plantas. Estar en Salud permitirá mejores nexos para las derivaciones, internacionales, si bien uno intenta hacer todo lo posible, si hay que derivar no queda otra, si es para una comunidad o para internar hay que hacerlo. Pero el sistema pone trabas y al fin de cuentas el paciente tiene todo, es adicto, tiene causa legal, tiene riesgo, pero la institución lo fragmenta.

## Entrevista 6

### 1) Introducción.

- **¿Hace cuánto tiempo trabaja como miembro del equipo de admisión?**

2 años.

- **¿Cuáles son las funciones del equipo de admisión?**

Diagnóstico en tres áreas, *psi*, *piq* y social, donde estoy yo. Diagnóstico y tratamiento a todo aquel usuario que ingresa.

- **En su caso particular, ¿qué funciones cumple como miembro del equipo de admisión?**

Desde lo social, acompañamiento al usuario y familia, más que nada sobre los determinantes sociales de la salud.

### 2) **La Ley Nacional de Salud Mental, el Modelo de Reducción de Daños en Casos de Adultos Judicializados con Oficio por Consumo Problemático de Sustancias:**

Centrándonos en la población "casos de adultos judicializados con oficio por consumo problemático de sustancias":

- **¿Qué supuso en la institución el surgimiento de la ley nacional de salud mental y el modelo de reducción de daños para la atención de estos usuarios en particular?**

Supuso rever muchas cosas en base a lo que proponía la ley. En estos usuarios sus derechos llegan muy vulnerados, salen del penal y no los conocen. Entonces lo principal es restituir derechos con educación, conseguir trabajo, hacerse estudios médicos.

- **¿Cómo era el trabajo previo a la sanción de dicha ley con estos usuarios?, ¿por qué se disponía de esa forma? ¿En qué lineamientos se basaba y qué objetivos perseguía?**

Siempre se manejó la misma estructura, este año quizás más formalmente se está intentando pasar al nuevo paradigma, ante solo era tratamiento clínico, aislado de la realidad, *consumo cero* pedían, no importaba si había reducción de daños. Se fue cambiando eso de a poco, con iniciativas personales pero ahora se va a formalizar todo eso con la revisión del protocolo.

- **¿Qué modificaciones se generaron a partir de la aparición de la ley en la atención de estos usuarios?, ¿Qué acciones se realizaron para poder abordar estos cambios?, ¿Por qué?**

En cuanto a los directivos ellos estaban acostumbrados al modelo antiguo y creo que sigue muy arraigado. Y creo que lo hechos hablaron por si solos. El *Grupo Cambio en Acción* marcó un antes y un después, porque con pedían *consumo cero* pero los mismos pacientes venían con *demanda cero* así nunca avanzaban. Entonces yo decidí que para estos casos judicializados se cree ese grupo en donde nos concentrábamos en otras cosas, si tenían o no trabajo, el tema estudios, si tenía reiterados robos u oficios abordar eso que se repetía y buscar con todo esto crear un proyecto de vida.

- **¿Usted ha encontrado obstáculos para la implementación de dicho modelo en estos usuarios?, ¿Cuáles?, ¿Cómo los ha abordado?**

Creo que en base a lo que te voy diciendo, la postura de los directivos. Los hechos demostraron por si solos, los pacientes avanzaban, seguían consumiendo, sí, pero menos cantidad y muy pocos días entonces no tenía sentido entrar por ahí si ya la persona tenía un trabajo establecido, ingresos económicos.

- **¿Cuál fue la reacción de equipo y la suya a estas nuevas normativas?**

Buena, en sí todos trabajábamos ya desde ese modelo pero aisladamente y hablábamos de los logros personales entre nosotros, veíamos que era una buena opción.

### **3) El Modelo De Reducción de Daños y Modelo Abstencionista en los Casos De Adultos Judicializados con Oficio por Consumo Problemático De Sustancias:**

- **¿Qué influencia tiene el hecho de que estén vigentes en la actualidad el modelo abstencionista y el modelo de reducción de daños en el trabajo con estos usuarios?, ¿Cómo es el diseño de los tratamientos?, ¿Qué objetivos terapéuticos se persiguen?, ¿Qué elementos se consideran para otorgar un alta terapéutica?, ¿Por qué?**

En mi trabajo no creo que influya mucho porque como te digo es uno el que decide cómo abordar el caso, si tiene juego desde lo institucional porque tienen esa visión abstencionista en algunos casos pero los hechos hablan por sí solos, el paciente tiene continuidad y progresa en el tratamiento.

- **¿Surgen dificultades con la vigencia de los dos modelos en la atención de estos usuarios?, ¿Cuáles?, ¿Cómo las enfrenta usted?**
- **¿Qué acciones desarrolla usted para la implementación del modelo de reducción de daños en el tratamiento de estos usuarios en particular? ¿y el equipo?**

Mi intervención es breve por estar en admisión, pero apunto a crear expectativas en cuanto al tratamiento, pensar en un proyecto de vida.

#### **4) Modelo de Reducción de Daños y Modelo Abstencionista - Posición de la Institución:**

- **¿Cuál es su postura ante la vigencia de estos dos modelos tan distintos?**

Y se dice que el reduccionismo es *ser más flexibles con las drogas* pero no es así, el paciente se prende al tratamiento, le interesa y eso da resultados. Antes lo perdíamos, entonces coincido con el reduccionismo porque permite trabajar e implica tocar otras cosas de la vida del paciente que lo permiten, apoyándonos en la ley de salud mental.

- **¿Cuál es la postura de los directivos de la institución en relación al modelo de reducción de daños y el modelo abstencionista?**

Antes te diría que abstencionista, pero ahora al estar en plena evaluación institucional al revisar el protocolo está cambiando, o eso creo, porque la idea es

adaptarnos a la nueva ley de salud mental. Aunque creo que recién veremos los resultados de este cambio a fines de dos mil diecinueve, porque necesitamos que el paciente atraviese un largo tramo de su tratamiento.

- **¿Cómo influye la misma en el trabajo del equipo para la implementación del modelo de reducción de daños en estos usuarios en particular?, ¿y en el suyo?**

Creo que al estar en pleno proceso de implementación o de cambio es bueno todo este movimiento, influye bien te diría, porque estamos adaptándonos a todo lo que sucede en el país, trabajar institucionalmente desde la reducción de daños.

Aún sigue habiendo enfrentamientos entre profesionales y directivos, principalmente en estos casos, ya que vienen con oficios, pedidos de jueces entonces hay diferencias en cuanto a los modelos de abordaje, nosotros como equipo decimos *reducción de daños* pero se nos pide *asistencialismo* y ahí empiezan las discusiones, pero a fin de cuentas los hechos hablan por sí solos, con el abstencionismo el paciente se va y con la reducción de daños se adhiere al tratamiento.

##### **5) Políticas Públicas en materias de Droga de la Provincia de La Rioja y la Ley Nacional de Salud Mental, el Modelo de Reducción de Daños:**

Considerando que en la provincia la temática de adicciones está ubicada por fuera del ministerio de salud, se encuentra dentro del ministerio de gobierno de la provincia:

- **¿Qué influencia tiene en los directivos?, ¿Por qué cree que es así?**

Influye en forma negativa, es un problema de salud mental pero no está en salud pública entendes, afecta todos, desde decisiones políticas en salud, hasta instituciones por ejemplo.

- **¿qué impacto tiene en el funcionamiento del equipo de admisión para la implementación del modelo de reducción de daños en estos usuarios en particular?, ¿Genera algún tipo de obstáculos?, ¿Cuáles?, ¿Se han desarrollado acciones para abordar los mismos?**

Se dificulta muchísima la referencia y contrareferencia de casos, no hay una estructura o red formal y eso hace ue se quiebre la continuidad en el tratamiento. Si derivamos al servicio de salud mental no lo reciben porque no están preparados para una adicción pero si ellos nos envían pacientes, entonces se producen cortes en el abordaje de los casos y el paciente queda dando vueltas. Los profesionales estamos precarizados económicamente y socialmente.

## Entrevista 7

### 1) Introducción.

- **¿Hace cuánto tiempo trabaja como miembro del equipo de admisión?**

Tres años, entré como rotante.

- **¿Cuáles son las funciones del equipo de admisión?**

Hacemos un proceso de evaluación llamado Proceso de Admisión, está a cargo de tres áreas, psicología, donde estoy yo, después trabajo social y luego psiquiatría. En base a ese proceso, determinamos un diagnóstico y un esquema terapéutico, en el que podemos participar si es que el usuario ingresa en algún dispositivo en el que estamos trabajando nosotros.

- **En su caso particular, ¿qué funciones cumple como miembro del equipo de admisión?**

Evaluación en el proceso de admisión, más tratamiento individual, psicoterapia.

### 2) **La Ley Nacional de Salud Mental, el Modelo de Reducción de Daños en Casos de Adultos Judicializados con Oficio por Consumo Problemático de Sustancias:**

Centrándonos en la población "casos de adultos judicializados con oficio por consumo problemático de sustancias":

- **¿Qué supuso en la institución el surgimiento de la ley nacional de salud mental y el modelo de reducción de daños para la atención de estos usuarios en particular?**

Supuso comenzar a considerar sujeto de derecho más allá de lo judicial, comenzar hablar de *sujeto*. Aunque cuesta similar la reducción de daños, en la práctica uno lo hace, pero desde la teoría uno lo piensa y cuesta. Es difícil en estos casos porque hay delincuencia, fiscalía los obliga a venir, nos cuesta sacarnos el prejuicio, por la situación legal o causa que tengan porque muchos vuelven cinco veces o caen presos o roban y vuelven.

Es cierto que es la única institución pública Makipura y hay muchos casos de sustancias y violencia de la mano, peor no es así.

El modelo de reducción de daños es el más acorde porque muchos no van a lograr la abstinencia.

- **¿Cómo era el trabajo previo a la sanción de dicha ley con estos usuarios?, ¿por qué se disponía de esa forma? ¿En qué lineamientos se basaba y qué objetivos perseguía?**

No trabajaba aquí, recién es mi tercer año, como rotante empecé. No sé si la institución o la Secretaría de Adicciones consideran la ley, partiendo de que salud y la secretaría están separadas.

El equipo sí, lo comunitario, lo interdisciplinario, se lo planteamos a Juana. No sé si los miembros antiguos habrán notado el cambio.

- **¿Qué modificaciones se generaron a partir de la aparición de la ley en la atención de estos usuarios?, ¿Qué acciones se realizaron para poder abordar estos cambios?, ¿Por qué?**

Va a llevar más tiempo la aplicación de la ley, porque muchos profesionales cuestionan la ley que dice que adicciones es un problema de salud. Makipura sí cumple con la restitución de derecho, al paciente se le informa en qué consiste cada dispositivo que se le ofrece, creo que queda pendiente el trabajo en lo comunitario, ir a donde están insertos los sujetos. Sujetos que no tienen para comer, para el colectivo y cuesta dimensionar eso, su día a día, su contexto. La policía los para sin sentido o la sociedad los excluye. Trabajamos con población de clase baja que no tiene recursos emocionales por falta de contención. Pero cuesta porque estamos acostumbrados a lo clínico asistencial, debemos buscar otro tipo de estrategias para intervenir.

- **¿Usted ha encontrado obstáculos para la implementación de dicho modelo en estos usuarios?, ¿Cuáles?, ¿Cómo los ha abordado?**

Sí, la mirada de la institución era Abstencionista-Asistencial. Si no dejaba la sustancia no dábamos el alta. Se modificó por presiones de los profesionales. Estos pacientes son policonsumidores y con conducta delictiva, si logra



conseguir un trabajo, estudiar, no delinque y solo sostiene la marihuana en forma recreativa bueno, con esos logros no importa si deja o no la marihuana, ya logró una cierta inserción a la sociedad, ¿dos años más de tratamiento por la marihuana?, no.

Lo hemos hablado con Juana en las reuniones de equipo al hablar de los objetivos terapéuticos, ella se da cuenta de la conducta de los pacientes, primero vienen obligados pero al abordar así, desde la reducción, vienen por voluntad, cambia él, su familia, todo con esta forma de abordaje.

- **¿Cuál fue la reacción de equipo y la suya a estas nuevas normativas?**

A favor, por lo que te vengo diciendo. Es restituir derechos, hacer un tratamiento que *al paciente* le sirva y no a nosotros por algo egoísta de decir *logramos que deje de consumir* cuando eso no sirve.

### **3) El Modelo De Reducción de Daños y Modelo Abstencionista en los Casos De Adultos Judicializados con Oficio por Consumo Problemático De Sustancias:**

- **¿Qué influencia tiene el hecho de que estén vigentes en la actualidad el modelo abstencionista y el modelo de reducción de daños en el trabajo con estos usuarios?, ¿Cómo es el diseño de los tratamientos?, ¿Qué objetivos terapéuticos se persiguen?, ¿Qué elementos se consideran para otorgar un alta terapéutica?, ¿Por qué?**

Si me parece que influye, pero no sé si es solo eso porque la realidad es que la penalización produce que el paciente asista, o detienen por tenencia o consumo, el juez lo obliga pero por otro lado tenemos el tema de que depende de *la voluntad del paciente*, así el juez obliga por un lado pero por otro lado los derechos del paciente.

El paciente llega sin demanda, algunas corrientes dicen que si no hay demanda no se puede hacer nada, pero no sé si los profesionales consideran los dos modelos al momento de trabajar, en la práctica eso se diluye, salvo en las internaciones, cuando es involuntario porque hay riesgo se quejan de que no pueden internar culpa de la ley, ahí saltan los dos modelos, y la reducción de

daños no importa, importa salvar al paciente porque puede matarse él o dañar a alguien y entonces prima el abstencionismo.

- **¿Surgen dificultades con la vigencia de los dos modelos en la atención de estos usuarios?, ¿Cuáles?, ¿Cómo las enfrenta usted?**

Y creo que aquellos que están en contra del reduccionismo se posicionan desde lo abstencionista pero la realidad dice otras cosas, y hay diferencias de criterio. Pero de a poco se ha ido flexibilizando, porque la realidad habla por si sola.

- **¿Qué acciones desarrolla usted para la implementación del modelo de reducción de daños en el tratamiento de estos usuarios en particular? ¿y el equipo?**

Antes trabajaba en el *Grupo Cambio en Acción*, que es el de los casos judicializados sin demanda, encontrábamos que no sabían su causa ni por qué estaban detenidos, entonces dábamos información sobre eso en un lenguaje que pudieran comprender, eso es restitución de derechos. Y trabajábamos la adicción y otras cosas, armado de currículum vitae por ejemplo porque estaban desocupados así podían buscar un trabajo en igualdad de posibilidades y condiciones o en la forma en que cualquier persona lo hace.

Así no es solo el consumo, cosas de su historia de vida, educación sexual cuestiones de género para trabajar la violencia en la pareja. Entonces desde mi lugar trato de integrar más cosas, no solo el consumo.

#### **4) Modelo de Reducción de Daños y Modelo Abstencionista - Posición de la Institución:**

- **¿Cuál es su postura ante la vigencia de estos dos modelos tan distintos?**

Siempre lo que provea más derechos al usuario. El reduccionismo es el más útil en estos casos, hay que saber aplicarlo al caso por caso, si no tiene trabajo ir por ahí, si no tiene estudios, abordar eso y así.

En lo comunitario, es este, no solo el consumo porque a esos pibes le pasan otras cosas y la asimetría como profesional no es lo central.

- **¿Cuál es la postura de los directivos de la institución en relación al modelo de reducción de daños y el modelo abstencionista?**

No sé si lo piensan desde lo teórico, al ser directivos pasan al equipo las cuestiones y acá las resolvemos. Les cuesta pensar de otra forma, creo que la adicción cansa y repetimos estrategias sin vislumbrar algo nuevo en estos casos que van y vuelven siempre, solo repetir sin que haya innovación.

- **¿Cómo influye la misma en el trabajo del equipo para la implementación del modelo de reducción de daños en estos usuarios en particular?, ¿y en el suyo?**

Influye en cuanto a que hay que responder a la bajada de línea, siento sabor a poco porque se puede hacer más pero hay un límite aunque al mismo tiempo hay libertad para decidir porque si uno fundamenta Juana respeta.

El límite es que prima de fondo lo abstencionista y asistencial, cerrarnos acá adentro sin ir al campo o que no importa que el paciente labure o este terminando el secundario, se presiona sutilmente para que se enfoque en dejar esa poca marihuana.

##### **5) Políticas Públicas en materias de Droga de la Provincia de La Rioja y la Ley Nacional de Salud Mental, el Modelo de Reducción de Daños:**

Considerando que en la provincia la temática de adicciones está ubicada por fuera del ministerio de salud, se encuentra dentro del ministerio de gobierno de la provincia:

- **¿Qué influencia tiene en los directivos?, ¿Por qué cree que es así?**

No somos considerados parte de Salud Pública, no existimos. Esa separación según la Secretaría es beneficiosa porque tenemos un presupuesto propio, que al estar en salud no sería así. Entonces hay tirantes entre la Dirección de Salud Mental y la Secretaría de Adicciones, a punto de cortarse.

Los profesionales estamos precarizados, cansados en comparación a otros profesionales de la salud que al estar en Salud Pública ganan mucho más.

A la institucional no creo que impacte, al paciente tampoco porque uno labura como cree puertas adentro.

- **¿qué impacto tiene en el funcionamiento del equipo de admisión para la implementación del modelo de reducción de daños en estos usuarios en particular?, ¿Genera algún tipo de obstáculos?, ¿Cuáles?, ¿Se han desarrollado acciones para abordar los mismos?**

En los profesionales genera frustración, porque al no estar en Salud te rebotan a los pacientes, hay un tope en la intervención, lo derivamos y vuelve siempre acá, el Servicio de Salud Mental no los recibe.

Si no hay algo político, como reuniones institucionales para salvaguardar so o un protocolo oficial para ver estos casos que es tan complicado al momento de pensar una internación no sé, crear mesas de trabajo sería central si o si para definir algún camino.

## Entrevista 8

### 1) Introducción.

- **¿Hace cuánto tiempo trabaja como miembro del equipo de admisión?**

Hace cinco años.

- **¿Cuáles son las funciones del equipo de admisión?**

Realizamos un proceso de evaluación interdisciplinario a través de tres áreas articuladas, psicologías, psiquiatría y trabajo social. En base al cual emitimos criterio diagnóstico y terapéutico. Más atención en alguno de los dispositivos de la institución.

- **En su caso particular, ¿qué funciones cumple como miembro del equipo de admisión?**

Evaluación diagnóstica en el proceso de admisión, criterio de tratamiento para los casos. Atención individual.

### 2) **La Ley Nacional de Salud Mental, el Modelo de Reducción de Daños en Casos de Adultos Judicializados con Oficio por Consumo Problemático de Sustancias:**

Centrándonos en la población "casos de adultos judicializados con oficio por consumo problemático de sustancias":

- **¿Qué impacto en la institución el surgimiento de la ley nacional de salud mental y el modelo de reducción de daños para la atención de estos usuarios en particular?**

Bueno, porque creo que prioriza adecuar el tratamiento al contexto del paciente, ya sea este en encierro o con causa, tanto a su contexto legal como al social. Dar asistencia queda garantizado, el esfuerzo es adecuar el tratamiento al paciente mientras que antes era al revés, el paciente tenía que adaptarse a las normas de la institución, hoy es al revés.

- **¿Cómo era el trabajo previo a la sanción de dicha ley con estos usuarios?, ¿por qué se disponía de esa forma? ¿En qué lineamientos se basaba y qué objetivos perseguía?**

No trabajaba aquí, ingresé con el cambio de la ley.

- **¿Qué modificaciones se generaron a partir de la aparición de la ley en la atención de estos usuarios?, ¿Qué acciones se realizaron para poder abordar estos cambios?, ¿Por qué?**
- **¿Usted ha encontrado obstáculos para la implementación de dicho modelo en estos usuarios?, ¿Cuáles?, ¿Cómo los ha abordado?**
- **¿Cuál fue la reacción de equipo y la suya a estas nuevas normativas?**

Es positiva a ley y el modelo de reducción de daños también. Me parece que permite, da un tiempo a trabajar la función que la droga cumple, para saber si es viable sacarla o no, ir de lleno con una sola postura *abstención cero* es negar lo subjetivo, si se da un lugar a eso es mejor. Y si al alojar la subjetividad del paciente se habilita que la droga caiga es aún mejor y si puede sostener la abstención todavía mejor. Pero es habilitar lo subjetivo.

### **3) El Modelo De Reducción de Daños y Modelo Abstencionista en los Casos De Adultos Judicializados con Oficio por Consumo Problemático De Sustancias:**

- **¿Qué influencia tiene el hecho de que estén vigentes en la actualidad el modelo abstencionista y el modelo de reducción de daños en el trabajo con estos usuarios?, ¿Cómo es el diseño de los tratamientos?, ¿Qué objetivos terapéuticos se persiguen?, ¿Qué elementos se consideran para otorgar un alta terapéutica?, ¿Por qué?**

Hay varias aristas del problema. Uno, vienen obligado por el juez. Dos, con esa obligación se despierta algo, pensar otra manera de vivir, con esto de alojar lo subjetivo. Tres, al ser solo por obligación hay cero implicación en el tratamiento. Cuatro, algunos con rasgos perversos solo hacen uso de la institución y de la palabra del profesional para zafar de alguna cuestión legal.

- **¿Surgen dificultades con la vigencia de los dos modelos en la atención de estos usuarios?, ¿Cuáles?, ¿Cómo las enfrenta usted?**

No, porque la otra visión no impera, la abstencionista, y la reducción de daños no está aún instalada aquí, entonces es como que no hay dificultades, creo que quedan resabios de abstencionismo, en los profesionales más grandes pero de a poco se va cambiando.

- **¿Qué acciones desarrolla usted para la implementación del modelo de reducción de daños en el tratamiento de estos usuarios en particular? ¿y el equipo?**

Depende del paciente, si es neurótico, intentar que se implique, que tome una posición con su deseo y goce. Ver la función que ocupa la droga Si es una psicosis, también, ver la posición subjetiva, evaluar si hay que quitar o no eso, si estabiliza o no, depende.

Y siempre buscar que el paciente se implique en el tratamiento haciéndolo suyo, que sean activos en el mismo, a veces surgen propuestas de ellos, como por ejemplo trabajar la violencia en la familia y en la pareja, entonces se va por ese lado, y reducimos daños, porque la abstinencia o el consumo por ahí genera conductas violentas. Pero es el caso por caso.

#### **4) Modelo de Reducción de Daños y Modelo Abstencionista - Posición de la Institución:**

- **¿Cuál es su postura ante la vigencia de estos dos modelos tan distintos?**

Si bien fue positivo cuestionar al abstencionismo hay que ver el caso por caso, con cada modelo qué se puede hacer el tratamiento tiene que ser móvil, adecuarse al sujeto, caso por caso.

- **¿Cuál es la postura de los directivos de la institución en relación al modelo de reducción de daños y el modelo abstencionista?**

Es abstencionista creo, puertas afuera si y puertas adentro no sé, si bien el reduccionismo se implementa nunca se lo va a reconocer oficialmente.

- **¿Cómo influye la misma en el trabajo del equipo para la implementación del modelo de reducción de daños en estos usuarios en particular?, ¿y en el suyo?**

#### **5) Políticas Públicas en materias de Droga de la Provincia de La Rioja y la Ley Nacional de Salud Mental, el Modelo de Reducción de Daños:**

Considerando que en la provincia la temática de adicciones está ubicada por fuera del ministerio de salud, se encuentra dentro del ministerio de gobierno de la provincia:

- **¿Qué influencia tiene en los directivos?, ¿Por qué cree que es así?**

Creo que en el súper yo de la institución repercute porque tímidamente presiona para lograr la abstinencia, sí creo que se suavizó igual ese ideal. Antes si recaía el paciente se lo expulsaba, hoy no, se trabajan los factores afectivos, sociales de esa recaída, que son la base del consumo.

- **¿qué impacto tiene en el funcionamiento del equipo de admisión para la implementación del modelo de reducción de daños en estos usuarios en particular?, ¿Genera algún tipo de obstáculos?, ¿Cuáles?, ¿Se han desarrollado acciones para abordar los mismos?**

Genera desgaste, cansancio por la situación de contrato. Yo estoy de planta pero los compañeros no y se notan las diferencias.



## Entrevista 9

### 1) Introducción.

- **¿Hace cuánto tiempo trabaja como miembro del equipo de admisión?**

Un año y medio.

- **¿Cuáles son las funciones del equipo de admisión?**

Evaluar al usuario en tres áreas, psicológica, psiquiátrica y social. A partir de eso, establecer un diagnóstico y tratamiento.

- **En su caso particular, ¿qué funciones cumple como miembro del equipo de admisión?**

Atención de pacientes, admisión y readmisión, seguimiento familiar y coordino el *Grupo Cambio en Acción*.

### 2) **La Ley Nacional de Salud Mental, el Modelo de Reducción de Daños en Casos de Adultos Judicializados Con Oficio por Consumo Problemático de Sustancias:**

Centrándonos en la población "casos de adultos judicializados con oficio por consumo problemático de sustancias":

- **¿Qué supuso en la institución el surgimiento de la ley nacional de salud mental y el modelo de reducción de daños para la atención de estos usuarios en particular?**

Esta ley es la más adecuada, porque todos los años teníamos el mismo problema, ¿el *consumo cero* es un paciente así? Es difícil, tendríamos muy pocas altas. Así que la reforma es adecuada, los objetivos son otros, reestructurar vínculos, la reinserción laboral, responsabilidad parental. Reducen el consumo de psicofármacos, alcohol y cocaína pero sostienen marihuana, igual es bueno para ellos aunque también se busca reducir eso pero si ellos no problematizan, no hay conciencia de situación ni enfermedad pero es positivo igual y permite avanzar sobre otros factores.

- **¿Cómo era el trabajo previo a la sanción de dicha ley con estos usuarios?, ¿por qué se disponía de esa forma? ¿En qué lineamientos se basaba y qué objetivos perseguía?**

No trababa aquí aún, así que no podría decirte.

- **¿Qué modificaciones se generaron a partir de la aparición de la ley en la atención de estos usuarios?, ¿Qué acciones se realizaron para poder abordar estos cambios?, ¿Por qué?**
- **¿Usted ha encontrado obstáculos para la implementación de dicho modelo en estos usuarios?, ¿Cuáles?, ¿Cómo los ha abordado?**
- **¿Cuál fue la reacción de equipo y la suya a estas nuevas normativas?**

### **3) El Modelo De Reducción de Daños y Modelo Abstencionista en los Casos De Adultos Judicializados con Oficio por Consumo Problemático De Sustancias:**

- **¿Qué influencia tiene el hecho de que estén vigentes en la actualidad el modelo abstencionista y el modelo de reducción de daños en el trabajo con estos usuarios?, ¿Cómo es el diseño de los tratamientos?, ¿Qué objetivos terapéuticos se persiguen?, ¿Qué elementos se consideran para otorgar un alta terapéutica?, ¿Por qué?**

El reduccionismo nos vino bien, porque conseguir el *consumo cero* era difícil de poder alcanzar, pensar ese objetivo para este usuario es imposible, porque a la marihuana la sostienen, nos vino bien para la rehabilitación, no solo es la adicción lo central si no ver otros factores, sociales, laborales, afectivos, entre otros.

- **¿Surgen dificultades con la vigencia de los dos modelos en la atención de estos usuarios?, ¿Cuáles?, ¿Cómo las enfrenta usted?**

No, creo que son complementarios, pensar que son complementarios es lo mejor. La reducción al principio, se trabaja la demanda, la adhesión y luego en que vaya dejando si puede, si no bueno, se valorizan otros avances.

- **¿Qué acciones desarrolla usted para la implementación del modelo de reducción de daños en el tratamiento de estos usuarios en particular? ¿y el equipo?**

Considerar lo social, integrarlo y lograr un abordaje bien integral con las otras áreas, ese es el aporte central de la ley, incorporar la dimensión social al tratamiento y eso implica lo laboral, entonces pensamos talleres de armado de currículum vitae, también se coordina el trabajo con el equipo para trabajar ESI (educación sexual integral) porque hay una tasa alta de ETS (enfermedades de transmisión sexual, después ya no en mi área, pero si desde psicología trabajaron violencia en la pareja que es tema de género. Es lo social, lo que le pasa día a día al usuario y no solo la droga, y así creo reducimos el daños.

#### **4) Modelo de Reducción de Daños y Modelo Abstencionista - Posición de la Institución:**

- **¿Cuál es su postura ante la vigencia de estos dos modelos tan distintos?**

La reducción del daños, por lo que te dije.

- **¿Cuál es la postura de los directivos de la institución en relación al modelo de reducción de daños y el modelo abstencionista?**

Hay una contradicción con la ideología del equipo, están más desde al abstencionismo.

- **¿Cómo influye la misma en el trabajo del equipo para la implementación del modelo de reducción de daños en estos usuarios en particular?, ¿y en el suyo?**

Cuando dependíamos del abstencionismo si había mucho conflicto porque no había igualdad de criterios para pensar la rehabilitación. Había contradicciones, si consumía algo, lo sostenía no había alta de ninguna forma, independientemente de si había reducido casi todo, había tratamiento indefinido.

El nuevo modelo permite motivar a los usuarios para trabajar la reestructuración de su vida. Se apunta al alta pero se crean de igual forma dispositivos de post alta donde primero se da un espacio cada quince días, luego cada treinta y así,

para ver novedades, cómo se siente el paciente, si hay riesgo de recaída. Para acompañar, antes esto era impensado, el paciente estaba atrincherado.

#### **5) Políticas Públicas en materias de Droga de la Provincia de La Rioja y la Ley Nacional de Salud Mental, el Modelo de Reducción de Daños:**

Considerando que en la provincia la temática de adicciones está ubicada por fuera del ministerio de salud, se encuentra dentro del ministerio de gobierno de la provincia:

- **¿Qué influencia tiene en los directivos?, ¿Por qué cree que es así?**

El marco político implica no estar en salud. Tengo una postura fuerte que prefiero permitiría no compartir.

- **¿qué impacto tiene en el funcionamiento del equipo de admisión para la implementación del modelo de reducción de daños en estos usuarios en particular?, ¿Genera algún tipo de obstáculos?, ¿Cuáles?, ¿Se han desarrollado acciones para abordar los mismos?**

Genera incertidumbre laboral, no hay estabilidad laboral a futuro. Hacemos reclamos, muchos, pero no pasa nada.