

Interviniendo en un extremo del ovillo

Trabajo Social en el campo del consumo problemático de sustancias

Intervening at the end of the ball. Social Work in the field of problematic substance use

Camila Zénere

Fecha de presentación: 04/12/2017

Fecha de aceptación: 09/02/2018

Resumen

El presente artículo analiza las distintas aristas que estructuran, condicionan y atraviesan el escenario de intervención en el campo del consumo problemático de sustancias. A partir de un caso, se exponen reflexiones emanadas de la sistematización de la práctica profesional desarrollada en un hospital público de la ciudad de San Francisco (Córdoba, Argentina), visibilizando la singularidad de un sujeto de derecho.

Palabras clave

Salud mental; consumo problemático de sustancias; externación; Trabajo Social.

Abstract

This article analyzes the different edges that structure, condition and cross the scenario of intervention in the field of problematic substance use. From a case, reflections emanated from the systematization of professional practice developed in a public hospital in the city of San Francisco (Córdoba, Argentina), highlighting the uniqueness of a subject of law.

Keywords

Mental health; problematic substance use; externalization; Social Work.

Breves apuntes sobre el escenario, objeto y sujeto de la intervención del Trabajo Social en Salud Mental

La práctica profesional en el marco de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM¹), se lleva a cabo en el “Hospital José Bernardo Iturraspe” de la Ciudad de San Francisco, Córdoba. El hospital fue fundado en 1916 por Dominga Cullen de Iturraspe en memoria de su esposo, con el objetivo de preservar la salud de todas las personas de la ciudad. Actualmente, se trata de una institución asistencial de segundo nivel de complejidad dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Su área de cobertura sanitaria (zona F) comprende las localidades del departamento San Justo; asimismo, brinda atención a un área de influencia de 120 km a la redonda, incluyendo a personas de la provincia de Santa Fe, principalmente de la ciudad de Frontera, por su proximidad con el límite que divide a ambas ciudades y provincias.

En 1991 ingresa el primer médico psiquiatra con cargo público provincial en el Servicio de Salud Mental del Hospital J.B. Iturraspe. En años anteriores, asistía un psicólogo en condición de concurrente que prestaba servicio únicamente por consultorio externo. Debido a las reformas edilicias, a la falta de un espacio propio y a la creciente demanda de un Servicio de Salud Mental se construye un edificio adyacente al hospital que cuenta, en la actualidad, con una capacidad de internación para dieciséis usuarios/os: ocho habitaciones con dos camas cada una, pero sin sala de contención. El nuevo edificio fue inaugurado en agosto de 2007 y, a partir de ese momento, se crea como servicio dentro del hospital.

El Servicio de Salud Mental cuenta con atención de guardia interdisciplinaria de 24 horas, compuesta por psicólogas/os y psiquiatras los 365 días del año. Se realiza atención a usuarios/os en forma ambulatoria, internadas/os, interconsultas con otros servicios y atención por guardia en casos de urgencias.

La práctica profesional que constituye el objeto del presente análisis tuvo lugar en el segundo trayecto² de la RISaM -comprendido entre el 2 de enero y el 30 de diciembre de 2016- y se enmarca en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y la Ley Provincial de Salud Mental N°9.848, que adhiere a la primera. La Ley Nacional (2010) 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 todas las personas*” (Art.3).

¹ Se trata de una residencia dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, con una duración de 4 años, que convoca a Licenciadas/os en Psicología, Médicas/os y Licenciadas/os en Trabajo Social con menos de 5 años de graduación y menos de 35 años de edad. El ingreso de las/os residentes se da por orden de mérito, en condición de becarias/os. Existen seis hospitales sedes en el interior de la provincia, siendo el J.B. Iturraspe de San Francisco uno de ellos.

² La RISaM, como instancia de formación, comprende cuatro áreas de especialización denominadas “trayectos” (cada uno con una temporalidad predeterminada): 1° Hospital General; 2° Adicciones y Salud Mental Infanto-juvenil; 3° Comunidad; 4° Dispositivos Alternativos.

En el internado del Servicio de Salud Mental, una vez asignado el equipo “interdisciplinario”³ tratante, el primer objetivo consiste en la estabilización de las/os sujetos que ingresan en situación de crisis y/o riesgo cierto o inminente. Luego se interviene de acuerdo con las singularidades de la situación realizando asesoramiento, gestión de recursos, escucha y acompañamiento profesional desde un enfoque de derechos. Dentro del proceso terapéutico, la reconstrucción de la trayectoria de vida permite visibilizar los obstáculos e implementar estrategias de intervención disciplinarias e interdisciplinarias. Dichas intervenciones se realizan diariamente, procurando que la internación sea lo más breve posible, tal como lo establecen las leyes de Salud Mental mencionadas.

En este sentido, las estrategias de Trabajo Social se dirigen a viabilizar la externación⁴ y el sostenimiento de la misma, en su dimensión material y simbólica. Cabe resaltar que en el campo del consumo problemático de sustancias, la externación muchas veces no es tal, sino que se convierte en una derivación mecanicista a instituciones locales o regionales consideradas especializadas en el abordaje de la problemática.

En cuanto al objeto de intervención de Trabajo Social, digamos que la demanda que llega a un servicio de Salud Mental raramente se dirige a nuestra profesión; generalmente lo hace a psicología y/o psiquiatría. Es mediante las entrevistas –en algunos casos interdisciplinarias– que Trabajo Social identifica las necesidades⁵ de la/el sujeto con padecimiento subjetivo, las cuales se construyen teóricamente como objeto de intervención, es decir, como obstáculos que se presentan en la vida cotidiana y condicionan el proceso salud – enfermedad. Este es el punto de partida para el diseño de estrategias de intervención tendientes a resolver los obstáculos mencionados desde una perspectiva de derechos, ya que la resolución de un obstáculo se vincula con la reivindicación de un derecho. En este sentido, nuestro objeto de intervención debe ser entendido desde la idea de integralidad:

“Esta idea de integralidad de la intervención se funda en el carácter social de las necesidades (como expresión de la cuestión social), pero al mismo tiempo es tributaria de una concepción de salud como hecho social complejo, que excede la dimensión biológica y se articula con las formas concretas de vivir, trabajar, significar, etc. A su vez, la idea de integralidad en torno al

³ El internado tomó una nueva configuración tras un cambio de personal ocurrido en junio de 2015, viéndose modificada también la dinámica de las prácticas: las intervenciones dejaron de ser interdisciplinarias, para reconstituirse como fragmentadas y con fuerte impronta del paradigma médico hegemónico, donde las/os psiquiatras, psicólogas/os y trabajadoras sociales realizan articulaciones, pero no intervienen conjuntamente con las/os sujetos. Las decisiones también dejaron de ser conjuntas, siendo monopolizadas por las/os médicos. Sin embargo, en los últimos meses se vienen desarrollando nuevamente algunas intervenciones interdisciplinarias.

⁴ El término no es sinónimo de “alta institucional”, sino que remite al proceso que se inicia en el diseño de estrategias de intervención tendientes a viabilizar el regreso de una/un sujeto internada/o en una institución a su centro de vida, comunidad o vida cotidiana.

⁵ Las necesidades materiales identificadas con mayor frecuencia son económicas, para cuya resolución realizamos articulaciones interinstitucionales en pos de la obtención de recursos (medicación, bolsones de alimentos, garrafas de gas, subsidios de percepción mensual, pensiones no contributivas, etc.). También identificamos necesidades no materiales relacionadas con vínculos debilitados o fragmentados por la escasa comprensión del padecimiento subjetivo; constituyéndose en un aspecto clave para trabajar en el proceso de externación.

proceso salud-enfermedad determina que su abordaje debe implicar a profesionales, instituciones y políticas de diversas áreas. Así, el proceso salud-enfermedad interpela al Trabajo Social a dar respuestas (y a hacerse preguntas). Estas respuestas serán tanto más eficaces cuanto más adecuada sea la evaluación de las situaciones y del contexto que las envuelve y atraviesa; pero no sólo debe analizarse el objeto de intervención sino también la propia práctica profesional, a fin de evitar la rutinización de las acciones e instalar la reflexión sobre el hacer” (Brovelli, 2011:16).

En el hospital J.B. Iturraspe, como en la mayoría de los centros de salud, es común homogeneizar a la población bajo la denominación de “pacientes”. Este término proviene de la función curativa de la salud pública y denota a la/el “enferma/o” que va a recibir tratamiento y que tiene la paciencia de esperar. Además da cuenta de una persona pasiva, no protagonista de su proceso salud - enfermedad. Se trata de un término instituido por el paradigma biomédico hegemónico. Por el contrario, desde el paradigma de derechos humanos, visibilizamos a la población que concurre al Servicio de Salud Mental del hospital, y de cualquier otra institución, como **sujetos con padecimientos subjetivos**. Ese modo de entender a las personas desde el paradigma de derechos humanos, y no desde el paradigma tutelar, nos posiciona en el reconocimiento de capacidades e identidades, sin negar las relaciones asimétricas que subyacen en todo campo social y en toda relación profesional. Tanto en términos teóricos como en el diseño de estrategias de intervención, se trabaja desde las capacidades, el protagonismo y el avance de la co-gestión a la auto-gestión de los recursos eficaces para la resolución de los obstáculos que se presentan en la vida cotidiana.

Es necesario reconocer la existencia de ciertos padecimientos subjetivos que complejizan la concreción de esos propósitos. No obstante, también en estos casos las intervenciones deberán ser desarrolladas desde una perspectiva humanizante que evite la despersonalización típica de lo que Goffman (1961:13) denomina *instituciones totales*, y ello a pesar de las rigideces aún presentes en el Servicio de Salud Mental del hospital. Se interviene CON ellas/os, no *sobre* ni *para* ellas/os. En este sentido, consideramos que las/os profesionales estamos invitadas/os a revisar continuamente nuestro objeto de intervención, nuestra concepción de sujeto, nuestras estrategias, en definitiva, nuestra práctica profesional.

Claro que este posicionamiento genera tensiones con profesionales formados en el paradigma tutelar, psiquiátrico y manicomial, ya que el protagonismo de las/os sujetos de intervención se considera una suerte de atentado a la estructura jerárquica institucional, en la que históricamente *las/os pacientes* son *pasiva/os*, es decir, no son agentes, ni tampoco actores.

El consumo problemático de sustancias: ¿una cuestión DE Salud Mental o PARA Salud Mental?

Las leyes vigentes de Salud Mental (tanto nacional como provincial) no dicen lo mismo cuando se refieren a "las adicciones"⁶. En particular, la Ley Nacional N° 26.657 menciona claramente que: "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" (Art. 4°).

Sin embargo, en la práctica cotidiana las personas con consumo problemático de sustancias (CPS en adelante) son estigmatizadas. Si bien la Ley Nacional de Salud Mental incluye al CPS como una cuestión más, en la práctica no es "una problemática más", debido a que se la asocia generalmente con la delincuencia y a un grupo poblacional determinado. Así, en la dinámica hospitalaria resulta perceptible el rechazo previo a su abordaje. En este sentido, De Ieso (2008) afirma que:

"(...) se presenta la drogadicción como una enfermedad, concibiendo al sujeto que consume drogas ante todo como un enfermo, como categoría patológica, vinculada a las nociones de peligrosidad, delincuencia, promiscuidad y a prácticas asociadas con la desviación o la transgresión. Esto conduce necesariamente a reforzar los etiquetamientos a poblaciones y grupos a partir de nociones de sentido común, que funcionan como conformaciones culturales de hegemonía sin un compromiso por definir los fenómenos sociales aludidos, ni contextualizar dichas prácticas. Por lo tanto, esto da cuenta de que la problemática de la drogadicción está sumamente 'filtrada' por los discursos hegemónicos sobre la misma. Desde éstos, en muchos casos, el usuario de drogas es visualizado socialmente como un ser peligroso que transgrede al sistema, como un enemigo de la seguridad pública. De este modo, una construcción de la cuestión de las drogas asociada a la transgresión de la ley excluye las responsabilidades de la propia comunidad y reduce las intervenciones a las meramente punitivas. Todo lo que se diga o se haga con las drogas y con los que las usan, está vinculado con la sanción penal, con la inseguridad y delincuencia". (p. 7)

Ahora bien: ¿Qué son las drogas? El significado tradicional de "droga" remite a una sustancia que, introducida en el organismo vivo, modifica una o varias de sus funciones. Como puede observarse, dicho concepto resulta amplio, ambiguo y no da cuenta de los significados que cotidianamente se le asignan. Por tal motivo, parece más acertado para nuestro objeto de estudio recuperar la conceptualización social de la palabra "droga": "(...) actualmente la sociedad percibe las drogas como lo prohibido, como lo desconocido y atemorizante, como lo nuevo e

⁶ Jerga institucional con la que habitualmente se denomina al consumo problemático de sustancias psicoactivas.

*incontrolable*⁷, estrechamente relacionado con la delincuencia, el SIDA y por lo tanto con la estigmatización y marginalidad” (De Ieso, 2008: 3).

Actualmente conviven dos paradigmas para la comprensión e intervención en el campo del CPS. El **paradigma abstencionista**, centrado en la “sociedad libre de drogas”, entiende al problema como del orden de lo “infecto-contagioso”; por tanto, las intervenciones tienen como objetivo el no-consumo; es decir, la discursiva y las normas institucionales se encuentran direccionadas a que la persona abandone totalmente el consumo de sustancias psicoactivas, siendo el consumo, en este contexto, motivo de sanción y expulsión. Al decir de Staffolani (2008):

“Este tipo de intervenciones responde al Modelo Médico Hegemónico, el cual aún tiene vigencia, con características tales como etiología lineal mecanicista (causa-efecto), ahistoricidad, biologismo, prevalencia de la relación médico-paciente o equipo de trabajo multidisciplinario, predominio de lo curativo sobre lo preventivo” (p. 36).

El **paradigma de reducción de riesgos y daños** incluye a todas aquellas estrategias, sea en el área de tratamiento, prevención y reinserción social, que tienen como finalidad disminuir de una manera jerárquica y variada los efectos negativos del uso de drogas. En la práctica, la reducción de daños significa reconocer que en el contexto actual

*“(…)las condiciones en que los sujetos consumen drogas los exponen a mayores daños que los que producen las drogas mismas: condiciones de ilegalidad, marginación, desinformación, falta de acceso a circuitos sanitarios, instituciones cerradas por la exigencia de la abstinencia absoluta, mitos que sostienen que toda intervención diferente a la represión es un estímulo al consumo. (...) hay un efecto social fundamental que es reconocer **la inclusión del sujeto adicto en tanto sujeto de Derecho**” (Staffolani, 2008:38).*

En relación a las representaciones sociales⁸ centradas en el campo del CPS, y más precisamente en las/os sujetos “consumidoras/es de drogas”, es notable su transformación a lo largo del tiempo:

“(…) en la década del 50, cuando el consumo se producía entre negros y portorriqueños, el estereotipo igualaba drogadicto con delincuente. A principios de los años 60, al ampliarse el

⁷ El resaltado es propio y responde a lo observado y vivenciado cotidianamente en la práctica profesional.

⁸ “Representación social es un conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones originados en la vida diaria, en el curso de las comunicaciones interindividuales. (...) Son constructos cognitivos compartidos en la interacción social cotidiana que proveen a los individuos de un entendimiento de sentido común” (Moscovici, 1981. citado en Perera Pérez, 2003:10). Por su parte, Tenti Fanfani (1992) afirma que “...las representaciones sociales pueden aparecer en los sujetos como visiones del mundo en sus dos dimensiones: descriptiva, como algo que ‘es’ en la vida cotidiana; o en su forma prescriptiva, como algo que ‘debería ser’. No obstante, ambas dimensiones, en algún punto, convergen (p.125).

consumo a las capas medias, la ecuación pasó a ser drogadicto igual enfermo. En las décadas del 80 y 90 el discurso se ha tornado de carácter militar: hay un enemigo que debe ser aniquilado” (Verbistky, 1993, citado en Staffolani, 2008: 37).

En la actualidad, existe una tendencia al “consumo transclasista” que nos convoca a hablar de representaciones diferentes en función del grupo poblacional concreto que consume. Así, se sostiene la asociación con la delincuencia en los grupos poblacionales de sectores vulnerables, reproduciendo un estigma; mientras que se asocia con la productividad, sociabilidad o recreación en los sectores poblacionales mejor posicionados en el espacio social.

La vorágine cotidiana de la institución en la que se lleva a cabo el ejercicio profesional permite afirmar que intervenimos “en el extremo de un ovillo”, es decir, en las secuelas de una maquinaria compleja y opresora que se denomina sistema capitalista. Dicho sistema, en América Latina, nos despoja día a día de una identidad de ciudadanas/os, configurando la de *consumidores* (Job, 2011). “Somos” el resultado de lo que “tenemos” y de los objetos que consumimos. Lo dicho hasta aquí requiere ser contextualizado:

“Desde los años 90, asistimos a un proceso de disolución de las formas más elementales de convivencia social. La cohesión de la sociedad está en crisis, hay una profunda ausencia de sentido vinculada, por lo menos a dos factores: a un creciente descreimiento de lo público y a una erosión de los canales de participación política. Hay crisis de legitimidad de las instituciones y de las prácticas. En estas condiciones, los canales de comunicación social están en permanente tensión y cuando se rompen, cuando dejan de existir, los grupos sociales y los individuos se alienan unos de otros, y ven al otro como un extraño, como un enemigo como una amenaza” (Raiden, 2007: 2).

“(…) en este contexto de vulnerabilidad social, de inequidad, de falta de oportunidades, en un escenario del desencanto, de incertidumbre, inestabilidad, de fragmentación social, de escasos espacios de socialización, de contención, de malestar generalizado, se identifica como uno de los padecimientos actuales, como manifestación de la desigualdad, a las adicciones. En este marco, donde reina la sensación de no pertenencia, la falta de sentidos, la pérdida de noción de totalidad, la drogadicción aparece como una opción de distanciamiento del mundo real, de satisfacción efímera, de adquisición de objetos como modo de inserción en el mercado, como forma de pertenecer, en una sociedad donde la identidad se construye a partir de los objetos, esencialmente del consumo de ellos, donde la ciudadanía pareciera restringirse sólo a ello” (Rodríguez, 2007:54).

De manera que existe un sistema que sostiene (¿y necesita?) un mercado, un sistema político que sostiene un discurso, y medios de comunicación que generan sentido común en la reproducción

de ese discurso transformándolo en hegemónico. De resultados de lo cual “las drogas” se identifican como el peor de los males. Siguiendo a Raiden (2007)

“(…) la aparición de nuevas drogas en el mercado obedece a la lógica empresarial de maximización de las ganancias. No estamos frente a sujetos confundidos que actúan sin rumbo, sino ante grupos que han desarrollado criterios muy racionales de producción, distribución, venta e inversión. (...) el espacio que las drogas ocupan en el discurso político, en los medios de comunicación, en el fomento de instituciones específicas para su tratamiento, en jornadas científicas, etc hablan –por lo menos- de un desajuste entre la magnitud del problema y su resonancia simbólica” (pp. 4-6).

Este desajuste afecta negativamente las relaciones sociales, entendidas como el ámbito en que los sujetos realizan o frustran sus necesidades (Custo et al, 2009). Se trata de relaciones que involucran poder, y por tanto, lucha y conflicto entre sujetos o grupos de sujetos (Iamamoto, 2003).

“(…) las drogas son partícipes de ciertas relaciones con el mundo y, a su vez, revelan los estilos de relaciones que el individuo mantiene consigo mismo y con el otro en un determinado contexto sociohistórico. Por lo tanto, no son en sí mismas productoras del “malestar social”, sino que dan cuenta de él” (De Ieso, 2008:7).

“Estas manifestaciones del malestar son producto de la inserción del modelo neoliberal en las relaciones sociales. El mercado se ha metido en nuestras vidas y le impone su lógica a la sociedad. Una lógica que se ha desregulado de las formas tradicionales de consumo, para dar paso a formas que enaltecen la aceleración, el recambio de objetos, de sensaciones, la búsqueda inmediata del placer, que se extiende más allá de los límites impuestos por las necesidades naturales o adquiridas del consumidor” (Raiden, 2007: 2).

En la práctica profesional, el abordaje de la cuestión del consumo de sustancias requiere tener en cuenta la complejidad de la estructura en que tal problemática se inscribe. Entonces:

“(…)¿quiénes se benefician?, ¿a qué fines sirve este desplazamiento hacia las drogas?, ¿podemos pensar en un uso político vinculado al control social? Y en relación con estos puntos pienso por un lado, en la política de intromisión norteamericana en los países de América Latina bajo el lema de ‘lucha contra las drogas’ –política que refuerza la construcción del ‘problema drogas’ como una epidemia que se difunde exteriormente respecto del conjunto de la sociedad, y que se puede combatir desde esa misma lógica- y por el otro, en el impulso de políticas fuertes de ‘mano dura’, ‘de tolerancia cero’, que garanticen la seguridad ciudadana” (Raiden, 2007: 8).

“¿No es la forma suprema y más insidiosa de ejercer poder (de cualquier grado) prevenir que la gente ‘vea las injusticias’ a través de la conformación de sus percepciones, conocimientos y preferencias en tal sentido que acepten su rol en el orden existente de cosas, ya sea porque ellos pueden no ver otra alternativa, o porque ellos ven este orden como natural e incambiable, o porque ellos lo evalúan como orden divina y beneficiosa? (...) Lo que se tiene aquí es un conflicto latente entre los intereses de aquellos que ejercen el poder y los intereses de los excluidos” (Sirvent, 1998, citada en De Ieso, 2008:6).

A modo de síntesis, digamos que las adicciones no son una problemática exclusivamente DE salud mental, sino una cuestión de la sociedad y de sus instituciones.

Un caso: interviniendo en un extremo del ovillo

Pablo⁹ fue abandonado por su madre cuando era bebé y su padre, quien tuvo varios hijos sin reconocer, tampoco se hizo cargo. Por este motivo, fue dado en guarda a una pareja que no podía concebir. Pablo se llamó Juan durante los dos primeros años de vida. Un día la madre se trasladó desde Buenos Aires para recuperar a su hijo y la justicia hizo lugar a su demanda. Sin embargo, la madre decidió entregárselo al padre, cambiarle el nombre y regresar a Buenos Aires. Desde entonces, quien fue re-identificado como “Pablo” fue criado por su padre, con ayuda de una tía paterna, quien relata:

“Yo intenté ayudarlo, porque era un desastre, ese chico no tenía horarios, no tenía higiene, y si no era por mí tampoco hubiese ido a la escuela. A veces llegaba a las tres de la tarde y no había comido... lo maltrató tanto siempre, tanto. Dicen que hasta llegó a prostituirlo cuando era chiquito... y después empezó a consumir, a robar (...)”.

En el año 2009, con 19 años, Pablo es internado por primera vez en el Servicio de Salud Mental por orden judicial, denunciado por su padre. Dos años después, su padre fallece.

La intervención profesional que aquí se analiza se inicia en la octava internación registrada en su historia clínica, entre el 05/02/2016 y el 27/03/2016: la hermana por parte de madre es la única referente (aunque el vínculo estaba debilitado) con la que se trabaja. Durante ese periodo se co-gestiona el nuevo Documento Nacional de Identidad, con domicilio coincidente con su hermana; se inicia tanto la gestión de una Pensión No Contributiva (PNC en adelante) como un expediente en el municipio para mejora edilicia de su vivienda, en estado de precariedad.

Entre el 28/03/16 y el 19/05/16 como equipo interdisciplinario (constituido por psicología y Trabajo Social) se propuso la modalidad de Hospital de Día como dispositivo para garantizar el

⁹ Se utilizan nombres ficticios para resguardar la identidad e intimidad.

almuerzo y la medicación de Pablo; la cena y la medicación nocturna quedaba a cargo de su hermana; se dio continuidad a las gestiones iniciadas durante la internación y se co-gestiona el pase libre de transporte. Debido a que comenzó a dormir en su vivienda, desprovisto de abrigo y prácticamente a la intemperie, se modificó el dispositivo a Hospital de Noche.

Entre el 27/05/16 y el 06/06/16, el dispositivo de hospital de noche comenzó a evidenciar limitaciones institucionales: Pablo trasgredía normas, no era regular en su concurrencia y se fugó del Servicio con otro usuario rompiendo una reja. En reunión de equipo se analizó la situación (con participación de psiquiatría) y se decidió firmar un acuerdo que estipulaba que “*si no respeta normas institucionales se lo derivará a una institución especializada en adicciones*” (a la cual Pablo se negaba). Se intentó marcar un límite (que parecía más bien una *amenaza*), teniendo en cuenta que permanecía en el Servicio sin más criterios que los habitacionales. En esa ocasión, psiquiatra y psicóloga discutieron una vez más acerca de su diagnóstico, sin lograr acuerdo.

En esos días, afirmaciones de Pablo daban cuenta de su relación con la sustancia, generando un importante interrogante: ¿qué está llenando esa sustancia en él? Si bien puede visualizarse la presencia de lo que en la jerga psiquiátrica se denomina como “síntomas positivos” de la psicosis, existe también un fundamento explícito respecto del consumo, asociado con lazos sociales fragmentados. En este sentido, buscamos junto a la psicóloga un espacio de socialización.

En ese momento de la intervención, registro en mi cuaderno de campo:

“Intervenir empieza a resultarme complejo, empiezo a sentir frustración. ¿Qué se puede hacer? Nada parece motivarlo, los reclamos desde el médico y el resto del equipo empiezan a agudizarse: ‘es un psicopatón, la está pasando bien acá... y para colmo rompe cosas de la institución’. Nos sostenemos con la psicóloga (haciendo ‘equilibrio’), con el objetivo de trabajar con él algunas cuestiones: límites, inclusión en algún espacio, reducción de daños... mientras esperamos la mejora edilicia, que significa para nosotras una variable que se mueve, un nuevo potencial para pensar en otras condiciones materiales ¿habilitadora de otras condiciones no materiales?”

Desde el 07/06/16 hasta el 20/07/16 se produce una nueva internación y se establecen pautas claras de “no fuga, no consumo” y la condición de ser derivado a una institución especializada como Reto a la Vida¹⁰. Pablo acuerda con esa propuesta y se comienza a realizar, desde Trabajo Social, la gestión correspondiente para su ingreso en dicha institución, cuyo proceso de admisión dura 5 semanas. La estrategia se desarrolló según lo pautado, fracasando en el último tramo, cuando Pablo se negó a trasladarse a Posadas, lugar designado para su “rehabilitación”.

A partir del 21/07/16 Pablo es externado (o más bien expulsado) del Servicio de Salud Mental, quedando sólo a cargo de la trabajadora social. A partir de allí, se realizan articulaciones con el Centro de Atención Primaria de la Salud cercano a su domicilio para administración de la

¹⁰ Se trata de una institución de rehabilitación para personas con CPS, de carácter gratuito, perteneciente a la Iglesia Evangélica. Los abordajes se realizan desde la dimensión religiosa y sociolaboral.

medicación, se concreta la mejora edilicia de la vivienda y se gestiona la cobertura de la medicación desde el municipio. Ante diversos efectos indeseados producto de la ingesta de la medicación, se gestionan turnos con la médica psiquiatra de seguimiento, a los cuales Pablo concurre sólo en una oportunidad.

El 23/10/16 los medios de comunicación locales informan que Pablo estaba preso por agredir a un empleado de una estación de servicio luego de un intento de robo, recuperando su libertad en dos semanas. Desde noviembre, las estrategias de intervención que forzosamente intentamos sostener se cayeron, dando lugar a un conjunto de interrogantes que surgieron del proceso de supervisión: ¿Qué hay que hacer? ¿Ir a buscarlo y traerlo al Servicio? ¿Esperar a que llegue otra vez con una orden judicial? ¿Esperar a que vuelva a caer preso por otro acto delictivo? Las respuestas rondaron en relación a los límites del Trabajo Social en sus intervenciones, intentando comprender que a veces “hasta acá se puede”.

Análisis: “esta vez nos defraudaste”

La expresión “esta vez nos defraudaste” pertenece a la psicóloga a Pablo frente a su negativa a realizar la “rehabilitación” en Posadas, lo cual produjo la siguiente contradicción: a la vez que pensaba “¿cómo le va a decir eso?” llegué a comprender que ella pudo poner en palabras y decirle a Pablo de alguna manera lo que también sentía: frustración. Porque ésa es la sensación cuando alguien se da por defraudada, porque pusimos todo lo que tuvimos a nuestro alcance, pero no hubo respuesta del otro. O dicho de otro modo: lo que se hizo no alcanzó.

Pero volvamos a Pablo: un joven de 25 años que circula por la Ciudad de San Francisco, pero que a diferencia de otros jóvenes no cumple con los rasgos fenotípicos ni culturales de la estigmatización: es un joven proveniente de un barrio de clase media, es alto, rubio, tiene ojos claros y rara vez usa gorra. Ello lo exime de un estigma y lo excluye de la persecución policial avalada por el Código de Convivencia de la Provincia de Córdoba. Estar preso siempre fue consecuencia de la comisión de un delito y nunca de una contravención. En este sentido, los aportes de Raiden (2007) resultan pertinentes:

“El signo de la época es la incertidumbre frente al futuro (...) vastos sectores de la sociedad, ya no saben muy bien quiénes son, a qué conjunto de clase pertenecen, qué es lo que los relaciona con los otros. Estamos ante una crisis del sujeto, una crisis de las identidades individuales y colectivas” (P.2).

Como consecuencia de esa crisis de identidad colectiva, no existe en Pablo una identidad de lo barrial, que sí funciona como ámbito de pertenencia en los jóvenes que son detenidos “por portación de rostro”¹¹, donde prevalece la noción de grupalidad.

La identidad individual de Pablo ha sido siempre compleja, desde el cambio de nombre a los dos años hasta las oportunidades en que estuvo indocumentado. Quizá haya asumido una forma de revelarse contra esa materialidad que afirma ser alguien que él no puede asegurar que sea. La única identidad de Pablo parece ser la adictiva. En palabras de Lewkowicz (2016): *“La figura del adicto es un tipo psicosocial porque es reconocible, está tipificada, es objeto de predicación y objeto de cuidados sociales; en definitiva, porque brinda una identidad capaz de soportar el enunciado en virtud ontológica: soy adicto”* (p.4). Sin embargo, el análisis de las estrategias de intervención nos llevó a considerar que, tal vez, la identidad adictiva tampoco responda en plenitud a lo que le sucedía a Pablo: la construcción del vínculo establecido nos permitió hablar de su consumo problemático de manera explícita.

Otro aspecto para el análisis se refiere al diseño y efectividad de las estrategias de intervención para garantizar derechos. En el proceso partimos del paradigma de reducción de riesgos y daños, pero hubo intervenciones que no resultaron totalmente claras. La externación de Pablo, luego de su negativa para ingresar a Reto a la Vida, parece dar cuenta de una suerte de expulsión del sistema de salud por no cumplir con la lógica abstencionista.

Una vez externado o expulsado, el seguimiento se dirigía a garantizar la obtención y administración de la medicación y la concreción de los controles médicos. Es decir, primero se lo expulsa, pero después se le exige su presencia con fines de control, reproduciendo la lógica del modelo médico hegemónico.

Hay que admitir que hubo un mejoramiento de las condiciones materiales de existencia en Pablo por medio del acceso a diversos recursos que en cierta medida reivindicaron sus derechos: el documento nacional de identidad, cerrar el frente de su vivienda, dar comienzo al trámite de PNC y garantizar la provisión de la medicación. De ese modo, Pablo “se sostuvo” durante algunos meses, como resultado del proceso de reducción de riesgos y daños. Sin embargo, ese mejoramiento no permite hablar de condiciones dignas, sino más bien, de una lógica de “esto no está bien, pero antes estaba peor”, con la que operamos casi cotidianamente.

Pero el sistema lo expulsa, porque no hay más objetivos, porque roba, porque no cumple pautas o las transgrede. Una vez expulsado, su DNI lo tiene la hermana, los trámites de la PNC aún no se han completado y la medicación ya no se garantiza porque no hace uso de ella. Las condiciones de la vivienda son mejores, pero no son dignas. Entonces ¿de qué sirven las intervenciones si no tienen impacto en la vida cotidiana de un sujeto?

¹¹ En la Provincia de Córdoba se encuentra vigente el Código de Convivencia (ex Código de Faltas) que establece las contravenciones, muchas de ellas, inconstitucionales. “Portación de rostro” es la jerga con la que se describe el accionar de la policía cuando ejecuta una detención arbitraria, basada en los rasgos fenotípicos de un joven (generalmente varón), bajo la figura de “actitud sospechosa”.

Las intervenciones fueron revisadas en varias oportunidades, y mientras fueron coherentes con el paradigma de la reducción de riesgos y daños (durante la primera internación, Hospital de Día y Hospital de Noche), se trabajó desde el protagonismo y el avance desde la co-gestión a la auto-gestión de los recursos. De ese modo, se intentó intervenir CON Pablo. Pero cuando la institución comenzó a dirigir las estrategias hacia el paradigma abstencionista, con intenciones de que fueran vehiculizadas por la institución Reto a la Vida, las intervenciones fueron PARA Pablo, y su actitud fue pasiva.

Si se lee la situación desde otra perspectiva, podría decirse que Pablo tras la externación se constituye en un sujeto que recupera su autonomía, aunque de manera forzada. Pero es un actor social que decide sobre su vida, en un contexto que lo condiciona. Por ello, es importante destacar la palabra **re-habilitar**, tan asociada al campo del consumo problemático. Quizás la exclusión del sistema de salud, o su autonomía forzada, signifique una nueva habilitación de Pablo para desarrollar su vida cotidiana, atravesada por la vulnerabilidad y el consumo. En este caso concreto, habrá que pensar si realmente lo más problemático es el consumo.

No podemos afirmar que las estrategias implementadas hayan sido pertinentes, pero intentamos intervenir con Pablo con el propósito de garantizar sus derechos, y no quedarnos solamente con el mecanismo institucional habitual de derivar a una institución especializada; aunque también se incluyeron acciones en ese sentido.

Cierre: muchas preguntas

Dice Lewkowicz (2016):

“La adicción –quizá aún una evidencia ideológica sin concepto riguroso que pueda cubrir la multiplicidad diseminada de sus usos- parece desbordar irremediablemente las capacidades de comprensión y acción de las diversas disciplinas destinadas a sus cuidados. Lo notorio entonces, es que las adicciones pertenecen ‘por derecho propio’ al campo inespecífico de los problemas sociales”. (p. 1).

Teniendo en cuenta el contexto y el caso esbozado, se puede advertir que las posibilidades de abordaje real de las profesiones resultan limitadas. Entonces: ¿Qué podemos garantizar cuando es el sistema capitalista el que necesita del consumo? ¿O cuando la sociedad criminaliza a los “Pablos” que son en realidad las víctimas del sistema? ¿Por qué se centra en el campo de la Salud Mental la supuesta posibilidad de un abordaje cuando en realidad se requiere de una estrategia intersectorial e interinstitucional? Es difícil dar respuesta a una problemática tan compleja como la desarrollada en este trabajo, si no se consideran las múltiples determinaciones que inciden en su estructuración y sólo se reduce la mirada a un problema DE salud mental y/o de Trabajo Social. Al respecto, los aportes de Biessy (2008) resultan esclarecedores para nuestro ejercicio profesional:

“(…) para que ‘lo imposible no se transforme en lo social’, digo que tenemos que repensar estas cuestiones en nuestra propia cotidianeidad de trabajo. Para no quedar a expensas de la salida puramente asistencialista que el sistema genera, y que nos entrapa en la imposibilidad” (P. 53).

Afirmar que intervenimos “en un extremo del ovillo”, complejo por cierto, puede ser la respuesta a la frustración experimentada. Porque no es Pablo quien nos defraudó esta vez, sino el sistema que lo victimiza (y paradójicamente lo transforma en victimario) y no brinda las respuestas necesarias y adecuadas a su situación personal y social. Quizás, las respuestas puedan ser encontradas en el otro extremo del ovillo.

Bibliografía

Biessy, Ana (2008): Intervención del Trabajo Social en situaciones de crisis: posibilidades y límites (o cuando lo imposible se transforma en lo social...). En Carballada Alfredo: *Drogadicción y sociedad*. Colección Cuadernos de Margen. Editorial Espacio. Buenos Aires.

Brovelli, Karina (2011): Aportes sobre la intervención del Trabajo Social en el ámbito hospitalario “...Al andar se hace camino...”. En *Revista Margen* N° 62 – septiembre. Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen62/brovelli.pdf>. Fecha de consulta: 30/07/2017.

Custo, Esther et al (2009): *Teoría, Espacios y Estrategias de Intervención Grupal*. Editorial Espartaco. Córdoba, Argentina.

De Ieso, Lía Carla (2008): La prevención inespecífica en el campo de la drogadicción. En *Revista Margen* N° 48 – verano. Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen48/deieso.html>. Fecha de consulta: 19/10/2017.

Goffman, Erving (1994): *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.

Iamamoto, Marilda (2003): *El servicio social en la contemporaneidad. Trabajo y formación profesional*. Editorial Cortés. Sao Paulo.

Job, Sergio (2011). Apuntes para una comprensión posible del Código de Faltas. En Barreto, Inés y Crisafulli, Lucas (Coord.): *¿Cuánta Falta!? Código de Faltas, Control Social y Derechos Humanos*. INECIP. Córdoba, Argentina.

Lewkowicz, Ignacio (2016): Subjetividad adictiva: un tipo psico-social instituido. Condiciones históricas de posibilidad. En *Revista de Psicoanálisis, Teoría Crítica y Cultura “Errancia”*. Polieticas 4, Vol. 14, Noviembre. UNAM, México. Recuperado de: http://www.iztacala.unam.mx/errancia/v14/PDFS_1/polieticas%20TEXTO%204%20SUBJETIVIDAD%20ADICTIVA.pdf. Fecha de consulta: 20/11/2017.

Perera Pérez, Maricela (2003): A propósito de las representaciones sociales: apuntes teóricos, trayectoria y actualidad. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. La Habana.

Raiden, Marcela (2007): Drogas en el siglo XXI: mercado, consumo e identidad de clases. En revista *Margen* N° 45 - otoño. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen45/raiden.html>. Fecha de consulta: 20/09/2016.

Rodríguez, Silvana (2007): Dilucidando desde el Trabajo Social dificultades y posibilidades de la intervención en drogadicción. En *Revista Margen* N° 46 - Invierno. Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen46/interdrog.html>. Fecha de consulta: 19/09/2016.

Staffolani, Mariela (2008): ¿Prevenir el consumo o disciplinar al sujeto? En Alfredo Carballada: *Drogadicción y sociedad*. Colección Cuadernos de Margen. Editorial Espacio. Buenos Aires, Argentina.

Tenti Fanfani, Emilio (1992): Representación, delegación y acción colectiva en comunidades urbanas pobres. En Lumi, Susana; Golbert, Laura y Tenti Fanfani, Emilio (coord.) *La mano izquierda del Estado. La asistencia social según los beneficiarios*. Miño y Dávila. Buenos Aires.

Legislación consultada

Ley Nacional N° 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Información Legislativa (Info Leg). Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación, Argentina. Promulgada 2 de diciembre de 2010. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>. Fecha de consulta: 13/03/2016.

Ley N° 9.848. Régimen de la Protección de la Salud Mental en la Provincia de Córdoba. Legislación Provincial. Córdoba. Publicada en Boletín oficial: 05 de noviembre de 2010. Recuperado de: <http://web2.cba.gov.ar/web/leyes.nsf/85a69a561f9ea43d03257234006a8594/40ed8f3bd4407b42032577d600628328?OpenDocument>. Fecha de consulta: 13/03/2016.

Cita recomendada

Zéner, Camila (2018): «Interviniendo en un extremo del ovillo. Trabajo Social en el campo del consumo problemático de sustancias» [artículo en línea]. Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 1, Nro. 2. Carrera de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UNC. pp. 163-178 [Fecha de consulta: dd/mm/aa].

<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/19946>

ISSN 2591-5339

Esta obra está bajo la licencia Atribución-Compartir Igual 4.0 Internacional. La que permite compartir, copiar, distribuir, alterar, transformar, generar una obra derivada, ejecutar y comunicar públicamente la obra, siempre que: a) se cite la autoría y la fuente original de su publicación (revista, editorial y URL de la obra); b) se mantengan los mismos términos de la licencia. La licencia completa se puede consultar en: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Sobre la autora

Camila Zéner

Argentina. Es Licenciada en Trabajo Social. Residente de 4° año en la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) del Servicio de Salud Mental del Hospital J. B. Iturraspe de San Francisco, Provincia de Córdoba. Correo electrónico: cami_z89@hotmail.com

