



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,
Psicología y Salud Mental

ROMPIENDO MODELOS, CONSTRUIR UN DISPOSITIVO NO DROGACENTRISTA ¿SERÁ POSIBLE?

Maximiliano Pergamo , Mariana Gentile, María Eugenia Marzola, Martín Yerien

maxip_88@hotmail.com

Adicciones, Salud Mental

RESUMEN

Los claros y oscuros de la lógica rionegrina en la atención en adicciones, parece esconder una mirada punitiva, llevando a los pacientes a lograr la abstinencia cómo única meta posible, a fuerza de voluntad, para obtener una recuperación; pensando al consumo de sustancias como la problemática central en la vida del paciente. ¿Es posible romper con ese paradigma? ¿Qué pasa si el consumo cesa, pero no así los estresores externos? ¿Es posible que la ley cambie el foco?

Nuestra experiencia se centra en un modelo integral, donde la adicción es la punta de un iceberg, donde el tratamiento debe basarse en la integralidad bio-psico-social del individuo en comunidad. La ley Nacional 26657 de Salud Mental, establece que las adicciones deberán abordarse como parte de las políticas de salud mental, pensando al adicto como paciente de derecho.

Desde las bases rionegrinas, con la Ley provincial de Desmanicomialización, intentamos innovar en los grupos GIA (Grupos Institucionales de Alcoholismo), hoy re-versionados a Grupos Institucionales de Adicciones.

En la actualidad, nos encontramos con estrategias pasadas, que no permiten abordar la totalidad de la problemática, la cual es compleja y dinámica. Pensamos entonces, que el foco del tratamiento no debe centraese sólo en la abstinencia o en la reducción del daño, sino en algo más transversal en la vida del sujeto. No tener como único horizonte el fin del consumo, sino establecer objetivos que motiven a la persona a encontrar su propio camino a la cura, teniendo en cuenta la singularidad del sujeto.

ROMPIENDO MODELOS, CONSTRUIR UN DISPOSITIVO NO DROGACENTRISTA ¿SERÁ POSIBLE?

ABSTRACT

The clear and dark of Rio Negro logic in addiction care seems to hide a punitive look, leading patients to achieve abstinence as the only possible goal, by force of will, to obtain a recovery; thinking of substance use as the central problem in the patient's life. Is it possible to break with that paradigm? What happens if consumption ceases, but external stressors do not? Could the law change the focus?

Our experience focuses on an integral model, where addiction is the tip of an iceberg, where treatment must be based on the bio-psycho-social integrality of the individual in the community. National Law 26657 on Mental Health establishes that addictions should be addressed as part of mental health policies, considering the addict as a patient of law.

From the Rio Negro bases, with the provincial Law of Demanicomialization, we try to innovate in the GIA groups (Institutional Groups of Alcoholism), today re-versioned to Institutional Addiction Groups.

At present, we find ourselves with past strategies, which do not allow us to address the entire problem, which is complex and dynamic. We think then that the focus of treatment should not be focused only on abstinence or harm reduction, but on something more transversal in the life of the subject. Not having as the only horizon the end of consumption, but establishing objectives that motivate the person to find their own path to a cure, taking into account the uniqueness of the subject. The clear and dark of Rio Negro logic in addiction care seems to hide a punitive look, leading patients to achieve abstinence as the only possible goal, by force of will, to obtain a recovery; thinking of substance use as the central problem in the patient's life. Is it possible to break with that paradigm? What happens if consumption ceases, but external stressors do not? Could the law change the focus?

Our experience focuses on an integral model, where addiction is the tip of an iceberg, where treatment must be based on the bio-psycho-social integrality of the individual in the community. National Law 26657 on Mental Health establishes that addictions should be addressed as part of mental health policies, considering the addict as a patient of law.

From the Rio Negro bases, with the provincial Law of Demanicomialization, we try to innovate in the GIA groups (Institutional Groups of Alcoholism), today re-versioned to Institutional Addiction Groups. At present, we find ourselves with past strategies, which do not allow us to address the entire problem, which is complex and dynamic. We think then that the focus of treatment should not be focused only on abstinence or harm reduction, but on something more transversal in the life of the subject.

ROMPIENDO MODELOS, CONSTRUIR UN DISPOSITIVO NO DROGACENTRISTA ¿SERÁ POSIBLE?

Not having as the only horizon the end of consumption, but establishing objectives that motivate the person to find their own path to a cure, taking into account the uniqueness of the person.

CENTRO DE INTEGRACIÓN SOCIO-COMUNITARIO EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES, CIUDAD DE VIEDMA, RÍO NEGRO (SERVICIO DE SALUD MENTAL, HOSPITAL A. ZATTI)

Los distintos modelos de intervención en adicciones se transforman en verdaderas encrucijadas teóricas, que terminan fraccionando la atención del paciente/ usuario de drogas y/o conductas adictivas. ¿Es posible romper moldes? ¿Será posible un tratamiento no centrado en la sustancia?

Los tratamientos centrados en la sustancia, la guerra contra las drogas (*el flagelo*), borra por completo al sujeto con el que estamos trabajando y su historia. Tener un enfoque específico en el abordaje de las adicciones, es como los ciegos que tocan algo, sin saber que es un elefante, según el lugar donde toquen, tienen una impresión diferente de lo que piensan que están tocando, a veces hay que poder correrse y observar el conjunto para entender de qué se trata. Por lo tanto, sostenemos que tener una mirada integral, holística, teniendo en cuenta los aspectos biopsicosociales y culturales del individuo y su sistema, puede darle al paciente otras variables en su tratamiento. Muchas veces, dispositivos armados frente a la necesidad de dar respuesta, da soluciones apresuradas a un problema complejo, donde en vez de incluir, expulsan. Entonces, es necesario comprender, que las intenciones son importantes, siempre que exista una evaluación contante de las practicas, políticas de salud pública que acompañe, un sistema de salud empática y activa frente a los consumos problemáticos y un equipo capaz de entender las necesidades del sujeto y su contexto tanto en lo micro y macro-social.

Una pregunta que habitualmente nos hacemos como equipo es, luego de reevaluar y discutir las estrategias de cada usuario que ingresan a una entrevista de admisión, ¿cómo generamos una demanda genuina? Sabemos que los consultantes, muchas veces concurren por presiones externas, en búsqueda de dejar de consumir, para satisfacer un deseo del otro. Entonces, observando esto, no podemos apresurar la intervención, brindando un tratamiento a quien no está preparado para recibirlo, pero sí, acompañar en el proceso de encontrar su propia motivación y pensar esa entrevista como una oportunidad, más allá que la demanda presenta cierta ambivalencia.

ROMPIENDO MODELOS, CONSTRUIR UN DISPOSITIVO NO DROGACENTRISTA ¿SERÁ POSIBLE?

Entonces, teniendo en cuenta que muchos de nuestros consultantes tienen un rol ambiguo a la hora de venir a una entrevista, proponer como primera instancia, el cese del consumo, no es estratégico y por fuera, del deseo del paciente. Entonces, analizando la historia del modelo rionegrino, los grupos testimoniales y el pensamiento persistente en varias instituciones, incluido muchas veces, el sistema de salud, surge una pregunta, ¿podremos corrernos de una mirada abstencionista? ¿será posible consolidar un dispositivo que esté por fuera de un modelo puntual o una lógica de trabajo específica?

Una de las cosas que observamos como lineamiento provincial, en su historia y los grupos GIA, era que el usuario para estar recuperado, debe dejar de consumir, llegar a la abstinencia y marcarle la falta y los riesgos catastróficos que puede tener una recaída, transformando la experiencia grupal en verdaderas películas de terror, donde los finales terminan siempre en la ruina. No es raro, escuchar a pacientes que hace tiempo pasaron por una experiencia grupal previa, que, ante una recaída, el grupo en sí era juez y jurado, castigando de alguna manera esa acción, donde no sólo se experimentaba el sentimiento de culpa habitual detrás de una recaída, sino que el usuario sentía la necesidad/ obligación pedir disculpas, y se le ofrecía tres instancias si esto se repetía, que era, la internación, la cárcel o la muerte.

Hoy en día, intentamos que el tratamiento que planteamos dentro de nuestro dispositivo, se centra en la integralidad del paciente, respetando su decisión y sus tiempos, y, sobre todo, con una mirada puesta en sus derechos, ofreciendo un tratamiento acorde a sus posibilidades, su estadio motivacional, y trabajando enfáticamente en la reducción de riesgo y daño, como a su vez, darle un lugar a la familia y su grupo de apoyo, como parte necesaria en la recuperación del paciente. A su vez, pensamos el trabajo en comunidad, donde el dispositivo sea parte de ella y viceversa, utilizando estrategias dentro del marco de la atención primaria, con estrategias de prevención y promoción, no sólo para informar y cuidar a la población, sino hacer detección temprana y llegar antes a posibles intervenciones.

Un cambio significativo ante la mirada de la ley, fue el artículo 4 de la Ley de Salud Mental en Argentina (26657), dándole un lugar a las adicciones, como parte de un sufrimiento mental. Esto, borra por lo menos, de la mirada legal, la marginación que muchas veces sienten y con fundamentos, nuestros usuarios. Esto, debería ser una oportunidad, para armar equipos de trabajo flexibles (pensando a paradigmas punitivos/ restrictivos), con el horizonte puesto en la inserción social, que sea capaz de acompañar a la persona en el proceso de recuperación, dando así, la posibilidad de ser internados si fuese necesario y

ROMPIENDO MODELOS, CONSTRUIR UN DISPOSITIVO NO DROGACENTRISTA ¿SERÁ POSIBLE?

como último recurso según cita la ley, en un hospital general y en su comunidad, por un tiempo acotado. Este artículo de alguna manera pone en tensión a una mirada punitiva en relación a los consumos problemáticos.

Siguiendo el hilo, el equipo de trabajo debe trabajar internamente en las resistencias y las frustraciones que muchas veces surgen de intervenciones fallidas o a destiempo, por lo tanto, para trabajar con pacientes con consumo problemático y/o conductas adictivas, es necesario correr el prejuicio, el estigma y, sobre todo, fortalecer la empatía, porque en general, aquellas personas que llegan a dispositivos intermedios, centros de primera escucha, que trabajen específicamente en adicciones, ya pasaron por otras instituciones a pedir ayuda y muchas veces, el mismo sistema fue expulsivo y demoró los tiempos de atención.

Tenemos Centros de Atención Primaria, fuertes en la prevención, pero las adicciones no entran dentro del folleto, porque la implicancia y el tiempo que demandan las conductas adictivas, se vuelven un peso en el sistema sanitario, generando así, una puerta giratoria de ingresos y egresos de pacientes con intoxicaciones agudas, tratamientos rápidos y generalmente paliativos, que no son eficientes, dilatan los tiempos de intervención y cuando llegan al inicio del tratamiento en dispositivos específicos, el daño psico-físicos es notorio, junto al quiebre en los lazos afectivos, su micro y macro-sistema, y la pregunta que surge es ¿Se pudo evitar? Quizá el problema esté, en que la estrategia de tratamiento que se viene rápido a la mente, y esto incluye no sólo al sistema de salud, sino a la población en general, es la abstinencia total. Ahora bien, esto no se trata de la sustancia, sino de la persona, sabemos que no todo usuario de drogas va a llegar a un consumo problemático y menos, a una dependencia, entonces, no podemos utilizar la misma fórmula. Esto no es una crítica al abstencionismo, los modelos no debieran tener límites, sino poder moverse entre ellos, ser flexibles, dinámicos, el problema en general que el abstencionismo tiene un sesgo, por lo menos en lo observacional, que es, el encuadre es punitivo ante la posibilidad de recaída, y nosotros consideramos a ésta, como parte tanto del tratamiento como de la experiencia que está haciendo el usuario en su proceso personal.

El consumo de sustancia no tiene una evolución lineal en relación al uso, el abuso y la dependencia, sabemos que en el medio hay períodos de abstinencia y recaídas, más los factores ambientales y condicionantes que hacen al día a día de la persona que estamos atendiendo.

ROMPIENDO MODELOS, CONSTRUIR UN DISPOSITIVO NO DROGACENTRISTA ¿SERÁ POSIBLE?

Sabemos que, en la génesis de una adicción, hay factores genéticos y ambientales que influyen, factores protectores con los que debemos trabajar y fortalecer y factores nocivos que perpetúan su consumo. Entonces, observando estas variantes, el tratamiento tampoco es lineal, no es ir en búsqueda de la “deseada” abstinencia, sino, cambiar comportamientos arraigados, dañinos en la vida de ese sujeto, que no sólo sostiene el hábito de consumo, que también va arrasando la integralidad biopsicosocial de esa persona, generando un aislamiento gradual, donde en muchos casos se desprende la mente del cuerpo y el abandono va desde los afectos y sus redes hasta la debacle personal.

El reduccionismo en los tratamientos, llevan al fracaso en las intervenciones, desde la prevención al tratamiento intensivo, por lo tanto, centrarse en la sustancia no es una opción, y trabajar desde un modelo, es como tener el derecho de admisión para aquellos pacientes que entren dentro de los estándares y lineamientos que esa forma de trabajo propone. Se parte de la idea de que lo determinante no es el producto (la sustancia), sino la relación entre ese producto y el modo de vida en que se inscriben las drogas, ya que estas no existen como algo independiente de las variadas y diferenciadas formas de su uso. Por ello, es necesario hablar de diferentes modos de consumo, lo que comprende: frecuencias y cantidades, tipo de compromiso frente al consumo de drogas, significados que los grupos les otorgan a las drogas, rituales y sanciones organizados alrededor del consumo de las sustancias¹

Desde el dispositivo proponemos un enfoque integral, que trabaje en todos los niveles posibles, haciendo un recorte en este texto, enfocándonos en el sistema de salud público rionegrino, entendiéndonos como una parte en el tratamiento, pero no un todo, ya que hay otros actores y redes que deben intervenir, dentro de un marco legal y políticas públicas que acompañen en la recuperación de los pacientes. Por lo tanto, proponemos un tratamiento interdisciplinario, que entienda la totalidad de la complejidad, enfocándose en objetivos a corto, mediano y largo plazo, centrado en la persona, entendiendo el contexto urbano en el que se encuentra inserto, con un enfoque de derechos, utilizando la evidencia y la experiencia como herramientas a la hora de pensar en la mejor estrategia para esa persona y su red continente, y la articulación comunitaria pertinente para alojar e insertar al paciente en su comunidad.

No es una opción, pensando la multicausalidad que tienen los consumos problemáticos, hacer un tratamiento fragmentado, centrado en la sustancia, donde los pacientes vengan a dar testimonio de su consumo, pedir disculpas por sus recaídas o directamente, no volver al tratamiento por sentimiento de culpa.

ROMPIENDO MODELOS, CONSTRUIR UN DISPOSITIVO NO DROGACENTRISTA ¿SERÁ POSIBLE?

Muchas veces, mismo, los lugares que trabajan con pacientes con una problemática adictiva, debido al encuadre institucional, con un modelo específico de tratamiento, termina por expulsar a la persona en vez de alojarlo, son dispositivos con derecho de admisión. A su vez, debemos pensar en un enfoque comunitario, donde las distintas redes, partiendo de la idea que son abiertas y flexibles sirvan de apoyo a las necesidades del usuario y le dé alojamiento, donde exista una retroalimentación mutua, borrando la barrera del estigma y se trabaje en la inserción social. El modelo integral de abordaje comunitario busca construir un espacio de vinculación, encuentro y empoderamiento para los grupos sociales –presenten o no una fuerte exclusión social– en donde sean ellos también los que ofrezcan alternativas de respuestas posibles, ya sea motorizados por su propia iniciativa, o bien sumándose al trabajo impulsado inicialmente a partir de un grupo de actores sociales (profesionales o no)²

Concluyendo, debemos trabajar en un plan de tratamiento integral para personas usuarias de sustancias psicoactivas y/o con conductas adictivas, que vaya desde la prevención y promoción de la salud, hasta el tratamiento de los consumos problemáticos. Deberíamos ser capaces, conjuntamente con políticas socio-sanitarias que acompañen y la legislatura vigente, de poder adelantarnos al comienzo de las prácticas de consumo, enfocándose en estrategias preventivas, con una visión comunitaria, donde no sólo cargue el sistema de salud con la responsabilidad de hacer prevención, poniendo el acento en los recursos sociales y los de las personas. Consideramos que es posible romper los modelos, específicamente las barreras que parecen existir entre ellos, pudiendo generar así una visión integral, enfocada en un enfoque biopsicosocial y no caer en sesgos reduccionistas, que cronifique el problema y de una respuesta que encarezca el abordaje.

ROMPIENDO MODELOS, CONSTRUIR UN DISPOSITIVO NO DROGACENTRISTA ¿SERÁ POSIBLE?

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Castel R, Coppel A. Los controles de la toxicomanía. En: Ehrenberg A, compilador. Individuos bajo influencia: drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos. Buenos Aires: Nueva Visión; 1994. p. 221-238.
- 2- Camarotti, Ana Clara; Kornblit, Ana Lía. Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo, Buenos Aires, 2014. Scielo
- 3- Ley 26657 - Derecho a la Protección de la Salud Mental – Argentina, 2010; Art. 4
- 4- Federación de psicólogos de la república argentina. (2018). *En defensa del art. 4 de la ley nacional 26.657 de salud mental y adicciones*. Caba.
- 5- Gofman, e. (1970). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos aires: amorrrortu.
- 6- Marcelino López, m. L. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*.

ROMPIENDO MODELOS, CONSTRUIR UN DISPOSITIVO NO DROGACENTRISTA ¿SERÁ POSIBLE?

Conclusión

La lógica del trabajo rionegrino centra sus bases en el proceso de desmanicomialización, apostando a una salud mental sin muros, en comunidad. Los lineamientos de la actual Ley Nacional de Salud Mental 26657 fortalecen esa idea, ampliando los derechos y garantías de los pacientes/usuarios e incluyendo al tratamiento de las adicciones, lo que aporta no sólo la posibilidad de acceder al mismo sino alejarse también del estigma social y punitivo/penal.

Los grupos GIA, con el cambio simbólico de la A (adicciones), intentan dar respuesta y tener una acción reparadora a una demanda que es cada vez mayor. Sin embargo, al sostener la idea del testimonio y la abstinencia como único modo de abordaje no dan lugar a la posibilidad de pensar la recaída (tan común en estos casos) como parte del proceso terapéutico. Esto provoca además que afloren sentimientos de culpa en la acción-reacción de recaer, y con él, un castigo en donde el mensaje proyecta un mal final.

Creemos que poder garantizar un espacio capaz de adaptarse a la necesidad del paciente y no que sea éste quien se avenga a las expectativas de una estrategia terapéutica normatizada, aumenta considerablemente las chances de adherencia al tratamiento.

Construir una propuesta integral que tenga un horizonte amplio, basado en objetivos que se establezcan con los integrantes de la red terapéutica (paciente, familiares, afectos y equipo de salud) tiene, además, mejores perspectivas para lograr disminuir la llamada puerta giratoria de ingresos y egresos.

Para trabajar desde un enfoque comunitario debemos tener en cuenta que el contexto es dinámico por lo que consolidar un dispositivo con ésta mirada, debe tener como condición ser capaz de adaptarse a los diferentes cambios que vayan surgiendo. Fue justamente así, como ha ido transcurriendo la historia de nuestro dispositivo, que desde sus inicios se fue modificando según el avance tanto de la sociedad, como de las políticas públicas y el marco legal vigente.

Luego de reflexionar sobre los consumos problemáticos y conductas adictivas desde distintos enfoques, podemos aproximar algunas conclusiones:

- 1- Como dispositivo debemos pensar en la recuperación de nuestros usuarios, en su comunidad, cercano a sus afectos, y trabajando en la inserción social. A su vez, debemos poder trabajar junto con la comunidad, las implicancias de ésta para con el usuario, en el proceso salud enfermedad, desde las bases de la atención primaria, mediante estrategias de prevención y promoción de la salud.

ROMPIENDO MODELOS, CONSTRUIR UN DISPOSITIVO NO DROGACENTRISTA ¿SERÁ POSIBLE?

- 2- El paciente debe ser parte de la estrategia terapéutica, así como su red de apoyo, junto a los referentes del sistema de Salud, buscando derribar lógicas de verticalidad.
- 3- Debemos consolidar un espacio sin prejuicios, lejos de la mirada estigmatizante social e institucional, respetando los tiempos de cada sujeto y haciendo foco inicialmente en la etapa motivacional.
- 4- Pensar un abordaje biopsicosocial integral, entendiendo a su vez, que cada una de sus partes son igual de importante, tanto en la recuperación como en la perpetuación de la conducta adictiva.
- 5- Trabajar dentro de las normativas legales, dando el derecho que cada individuo tiene para realizar su tratamiento, sin distinción de género, etnia ni clase social.
- 6- Consolidar un dispositivo integral socio-comunitario, cuya práctica escapen a la lógica abstencionista punitiva, buscando como objetivo la inclusión social, desde un enfoque de derecho y con un rol activo por parte de la comunidad.