

Glaiel, Melanie

**El rol del psicólogo clínico como
favorecedor de la responsabilidad
subjetiva en los usuarios con
consumo problemático.
Experiencia en una institución
privada de la provincia de
Córdoba, en el marco de la
pandemia COVID-19**

**Tesis para la obtención del título de grado de
Licenciada en Psicología**

Directora: Jorge, Elizabeth Eliana

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



El rol del psicólogo clínico como favorecedor de la responsabilidad subjetiva en los usuarios con consumo problemático. Experiencia en una institución privada de la provincia de Córdoba, en el marco de la pandemia COVID-19



FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Trabajo Integrador Final

Contexto clínico

Sistematización de prácticas

El rol del psicólogo clínico como favorecedor de la responsabilidad subjetiva en los usuarios con consumo problemático. Experiencia en una institución privada de la provincia de Córdoba, en el marco de la pandemia COVID-19

Autora: Glaiel Melanie

DNI: 41.115.030

Directora: Mgter. Jorge Elizabeth

Córdoba, Argentina

2021

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer en primer lugar a mis padres y a mis hermanos, quienes me apoyaron incondicionalmente en estos años de carrera. Ellos hicieron esto posible, y me impulsaron a conseguir todas mis metas. Por ello estaré siempre agradecida. Por siempre confiar en mí y jamás dudar de mis capacidades. Por acompañarme al festejar mis logros, pero también por sostenerme en mis caídas.

A mis amigas de toda la vida, quienes estuvieron siempre dispuestas a apoyarme, en las buenas y en las malas. Quienes me motivaron a crecer y a querer ser mejor persona.

A mis amigas y amigos de la facultad, quienes han hecho de estos años un proceso inolvidable. Es posible caminar solo, pero sin dudas, se siente mucho mejor cuando se camina acompañado. Definitivamente son amistades que me llevo para toda la vida.

A todos los profesionales del Sanatorio Morra por hacernos un lugar para poder realizar las prácticas en la institución. En especial a las Licenciada Stella Maris Puente y María José Lopez, por su predisposición para que a pesar de la virtualidad podamos aprender. Al Licenciado Lucas Le Roux, por su tan cálido trato hacia nosotras y su voluntad de ayudar en el proceso.

A mis profesores a lo largo de estos años de la carrera, quienes sin dudas me han transmitido su pasión, y quienes hacen de la persona que soy hoy.

A mi directora de tesis, la Mgter Elizabeth Jorge, por su infinita paciencia al acompañarme en el proceso de prácticas, y por su entrega para guiarme en la realización de este trabajo.

Dicen que uno no es sin el otro, y sin dudas, hoy no sería quien soy si no fuera por todas estas personas que me han acompañado.

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	5
ÍNDICE GENERAL	6
ÍNDICE DE ABREVIATURAS.....	9
I. INTRODUCCIÓN	11
II. CONTEXTO DE LA PRÁCTICA.....	13
II.1. Historia de la Psicología.....	14
II.2. La Psicología Clínica y el método clínico.....	15
II.3. El rol del psicólogo clínico en la actualidad.....	17
III. CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	20
III.1. Organigrama.....	26
IV. EJE DE SISTEMATIZACIÓN.....	27
V. OBJETIVOS	29
V.1. Objetivo General.....	30
V.2. Objetivos Específicos.....	30
VI. PERSPECTIVA TEÓRICA.....	31
VI.1. Abordaje terapéutico del consumo problemático de sustancias.....	33
VI.1.1. Abordaje Familiar	35
VI.1.2. Abordaje ambulatorio.....	36
VI.1.3. Abordaje Individual	37
VI.2. La responsabilidad subjetiva y su papel en el tratamiento.....	39
VI.2.1. Recaídas en el consumo	41
VII. MODALIDAD DE TRABAJO.....	43
VII.1. Sistematización de experiencias.....	44
VII.2. Caracterización de los sujetos.....	45
VII.3. Técnicas de recolección de datos	46
VII.4. Consideraciones éticas	47

VIII.	ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	49
	VIII.1. Recuperación del proceso vivido	50
IX.	ANÁLISIS Y SÍNTESIS	57
	IX.1. Estrategias implementadas por el psicólogo clínico en el tratamiento del consumo problemático	58
	IX.1.1. Abordaje en el área de internación	59
	IX.1.2. Abordaje en el área ambulatoria	63
	IX.1.3. Abordaje integral	65
	IX.2. Los niveles de responsabilidad subjetiva en el discurso de los usuarios con consumo problemático	67
	IX.3. Efectos de la responsabilidad subjetiva en el tratamiento de usuarios con consumo problemático	73
X.	CONCLUSIONES	79
XI.	BIBLIOGRAFÍA.....	85

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

COVID-19: Enfermedad por Coronavirus

I. INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo corresponde al Trabajo Integrador Final, necesario para obtener el título de la Licenciatura en Psicología. En éste, se exponen algunos puntos fundamentales en relación a una de las áreas del ejercicio profesional. La misma constituye el contexto de la práctica, la Psicología Clínica. También se hace referencia al contexto institucional, un Sanatorio Privado, Polivalente de la Provincia de Córdoba, en donde se llevó a cabo la práctica durante los meses de mayo a noviembre del año 2020.

En función de la nueva Ley Nacional de Salud Mental, en este trabajo se utiliza el término consumo problemático de sustancias para referirse a la adicción. El consumo de sustancias en situaciones contextualmente estresantes, o en situaciones de aislamiento social, no es algo nuevo. Por el contrario, los factores contextuales son un gran determinante para el mismo. (Rojas-Jara, 2020)

Como se mencionó anteriormente, es notorio que en las condiciones de aislamiento, el consumo puede verse agravado. Tal como explicita Pascale (2020), son múltiples los factores psicosociales y ambientales que inciden en forma significativa en este período de distanciamiento social. Estos comprenden desde la incertidumbre y el miedo por el futuro, a la comorbilidad con la ansiedad, la depresión, entre otros. El distanciamiento social rompe con los modelos terapéuticos paradigmáticos para el consumo problemático de sustancias, los cuales deben adaptarse rápidamente a la nueva realidad. Es por ello que, a partir de observaciones en el tratamiento de usuarios con consumo problemático, surge el eje de sistematización que guía el trabajo. El mismo comprende el rol del psicólogo clínico como favorecedor de la responsabilidad subjetiva en los usuarios con consumo problemático de sustancias, dentro de una institución privada, en el marco de la pandemia COVID-19.

Se hace principal foco en las estrategias implementadas por parte del psicólogo clínico para favorecer, en los usuarios con consumo problemático de sustancias, la responsabilidad subjetiva. Asimismo, se intenta identificar la misma en los discursos de los usuarios, permitiendo describir sus efectos en el tratamiento.

Teniendo en cuenta que el proceso de prácticas es dinámico, se realiza un análisis de la experiencia, en el cual se recupera el proceso vivido hasta el momento. Se describe también la modalidad de trabajo utilizada. En ella se hallan especificadas las técnicas empleadas para recabar información, junto a las consideraciones éticas y la población elegida.

II. CONTEXTO DE LA PRÁCTICA

II.1. Historia de la Psicología

Para definir el contexto clínico, resulta esencial retomar la historia de la psicología. Para ello, se parte de los aportes de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA), en donde se plantea que la psicología tiene un largo pasado pero una corta historia. Su historia, para concretarla como disciplina científica, data de finales del siglo XIX. Es en esa época precisamente cuando surgen las distintas ciencias humanas o sociales. Entre ellas, la Psicología, junto con la Antropología, la Sociología, y la Economía. Varias son las condiciones históricas que han dado lugar a este surgimiento. Especialmente, el interés e importancia que alcanza el ser humano, la persona o el sujeto, como objeto de conocimiento. En otras palabras, el siglo XIX se interesó por el sujeto o la persona como objeto del saber científico. Por decirlo así, también en cómo el mundo construye al sujeto o cómo el individuo es modelado por el mundo. Es en este contexto, en el que el saber científico se vuelve sobre los propios sujetos y la sociedad, en el que surgen las ciencias sociales o humanas, entre ellas, la Psicología. (EFPA, 2003).

Un primer hito en la historia de la psicología puede datarse en el año 1789, año en el que Wilhelm Wundt funda el primer laboratorio de Psicología en la Universidad de Leipzig. También habría de citarse a William James en Estados Unidos, quien en el año 1875 ya disponía de un laboratorio de Psicología. La psicología alcanza su institucionalización científica a finales del siglo XIX, en el contexto de las ciencias humanas o sociales. Esta institucionalización científica es pareja de la implantación profesional. La psicología aplicada ha ido definiendo distintos campos profesionales, entre los cuales figuran como perfiles tradicionales la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones; la Psicología de la Educación, y la Psicología Clínica, entre otros. (EFPA, 2003)

II.2. La Psicología Clínica y el método clínico

Durante la Primera Guerra Mundial se produce una aceleración en el desarrollo de la psicología clínica. La causa de ello fueron las dificultades existentes a la hora de evaluar las habilidades de cada individuo para ocupar el puesto más adecuado. Una vez acabada la guerra, los psicólogos clínicos avanzaron en la investigación sobre: la naturaleza de la personalidad, las causas de problemas de la conducta, y relaciones existentes entre las conductas desviadas y el aprendizaje. Es así como a lo largo de la segunda y tercera década del siglo XX se comienzan a imponer las pruebas psicológicas estandarizadas. En especial, las pruebas de inteligencia. Asimismo, el primer precursor natural de la psicología clínica fue la aplicación de técnicas psicológicas en el estudio de los desórdenes de la personalidad. No obstante, fue la Segunda Guerra Mundial la que constituyó un factor decisivo para cambiar la forma de trabajo clínico dentro de la psicología. El papel del psicólogo clínico adquirió gran importancia luego de que una gran cantidad de personas demanden atención por problemas de salud mental. Como resultado, hacia 1946 las tareas del psicólogo clínico quedan ligadas a diagnóstico, tratamiento, e investigación de desórdenes en el comportamiento de adultos, reconociendo su función terapéutica. (Buendía, 1999).

Siguiendo los planteos del autor, el mismo menciona que la psicología clínica no aparece como tal hasta la década de los 40. Existía previamente un deslumbramiento por la utilidad de los tests psicológicos, dando lugar a que la tarea del psicólogo sea estandarizar y aplicar tests psicológicos. A partir de entonces se deja atrás la psicometría, llegando a definirse la psicología moderna como: “asesoramiento psicológico, psicoterapia, agente de cambio social, trabajo con individuos, grupos u organizaciones para la comprensión, tratamiento o prevención de los problemas humanos” (Buendía, 1999, p.27).

Partiendo de este breve resumen histórico sobre la Psicología Clínica, en la provincia de Córdoba, la Ley No. 7106 de Disposiciones para el ejercicio de la psicología define, en el primer inciso del artículo segundo, a la psicología clínica como “la esfera de acción que se halla en Hospitales Generales, Psiquiátricos, Neuropsiquiátricos, Centros de Salud Mental, Clínicas e Instituciones Privadas de la misma índole y en práctica privada de la profesión” (Ley No. 7106, 1984, Art. 2).

A su vez, se plantea como ejercicio del psicólogo clínico a:

la exploración psicológica de la estructura, dinámica y desarrollo de la personalidad, la orientación psicológica para la promoción y prevención del equilibrio de la personalidad; la investigación y formulación de diseños experimentales; el diagnóstico y tratamiento de los conflictos y tensiones de la personalidad mediante psicoterapia o terapia psicológica; otras actividades que con el mismo objetivo, requieran el uso de instrumentos y técnicas estrictamente psicológicos. (Ley No. 7106, 1984, Art. 3)

La psicología clínica aparece predominantemente ligada a circunstancias específicas, por ejemplo, al campo psicopatológico, a las instituciones asistenciales, al diagnóstico psicopatológico, entre otras. Sin embargo, esto implica una imagen limitada y rígida de la psicología clínica. Es por ello que se propone un enfoque en el cual el psicólogo clínico es aquel que está entrenado para emplear las leyes generales del método clínico, adecuándolas a un determinado campo y fin. Incluso el psicólogo clínico puede valerse del método clínico tanto en el campo de la psicología como en el campo de la psicoprofilaxis. También en el ámbito de instituciones asistenciales como las de otro tipo. Incluso desde un enfoque predominantemente diagnóstico como también predominantemente terapéutico. Se plantea que el método clínico es fácilmente identificable mientras permanece referido al quehacer médico y las funciones clásicas de una institución clínica. Es decir, a lo predominantemente psicopatológico y al ámbito institucional-asistencial. Esta manera de proceder se afirma en dos pilares: el concepto de situación; y la unidad de operación. El primero se refiere a la unidad identificable dentro del un campo psicológico, donde se da el proceder clínico. Y la unidad de operación implica investigar-diagnosticar-modificar (mirar, pensar, hablar), y guarda relación con las funciones clásicas de la clínica. (Ulloa, 1970).

Cabe destacar que la psicología clínica ha estado tradicionalmente acotada a un espacio particular de ejercicio: la consulta. Y es en ese lugar donde el profesional ha llevado adelante las diversas estrategias en las que ha sido formado con un objetivo claro: la salud mental del paciente, cliente o beneficiario. Se ha mirado al individuo con problemas de salud mental en un contexto interpersonal, donde establece una relación que resulta curativa. No obstante, la actual vida cotidiana de los individuos se desenvuelve en medio de un complejo entramado de relaciones. Los sujetos están exigidos a vincularse permanentemente con organizaciones o

instituciones de toda índole. Es en ellas donde los sujetos buscan cubrir sus necesidades y demandas, desde físicas, sociales, recreativas, de salud, entre otras. Esto lleva a que, si la organización de la vida de las personas se desarrolla en contextos tan heterogéneos, el surgimiento y la mantención de los problemas también estará sujeto a esa condición. Es por este motivo que se afirma que las soluciones a estos problemas no pueden ser unilaterales. Dicho de otro modo, no pueden ser entendidas desde un solo contexto, ya que se estaría ignorando la complejidad, componente fundacional de nuestra estructura social. Esto mismo ocurre con la mirada sobre los problemas de salud mental, la cual se ha complejizado. Ya no es posible considerarlos como patologías circunscritas al sujeto que las padece, sino más bien como problemas biopsicosociales influidos por múltiples variables. (Haz, Díaz, y Raglianti, 2002).

II.3. El rol del psicólogo clínico en la actualidad

Los nuevos enfoques en psicología clínica, desarrollados tanto desde el punto de vista de disciplina científica como desde la perspectiva del ejercicio profesional, suponen un gran avance para la comprensión de la conducta normal y/o patológica. Esta nueva manera de entender la salud ha hecho que los psicólogos clínicos extiendan su intervención a nuevos campos tales como el tratamiento de enfermedades físicas. Más concretamente en el caso de los enfermos crónicos. A su vez, la intervención psicológica actual no se reduce a ser exclusivamente clínica en el sentido tradicional. En este sentido, contempla unos objetivos más amplios, abarcando también la prevención y la promoción de la salud. Se contempla al individuo no como ser aislado, sino como inmerso en un contexto social. Esto refuerza el punto de vista de que los factores ambientales desempeñan un papel fundamental en la génesis y curso evolutivo de los diferentes trastornos. (Buendía, 1991).

Estos planteos se ven reflejados en la Ley Nacional de Salud Mental, en la cual se reconoce a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos, y psicológicos; cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona [...]” (Ley No. 26.657, 2010, Art.3).

El psicólogo clínico deberá ejercer un rol concurrente a las demás disciplinas que hacen a su aporte al bienestar de las personas, sea medicina, trabajo social, enfermería, o terapia ocupacional. Es decir, que sea capaz de mirar el continuo salud-enfermedad. El abordaje de los problemas deberá ser enfocado con una mirada interdisciplinaria, un enfoque necesariamente intersectorial y una visión de red en que se inserta el problema. El psicólogo clínico debe reconocer su deber de ocuparse de la comprensión, diseño, implementación y evaluación de los programas de salud mental. El contenido de estos programas es lo que le permite identificar factores de riesgo y protectores, asociados a los problemas distinguidos, necesarios para programas de promoción y prevención. (Haz, Díaz, y Raglianti, 2002).

Para esclarecer los planteos anteriores, resulta pertinente mencionar la siguiente reflexión sobre el quehacer del psicólogo:

Tal vez sea una obviedad decir que los psicólogos estamos acostumbrados, formados, entrenados, para pensar, para observar, y para operar en términos de enfermedad mental y, en cambio, es poco lo que hemos aprendido a pensar, a observar, y a operar en el terreno de la salud mental. (Fuks, 1978, p.1)

Siguiendo los lineamientos del autor, hubo una época, en el desarrollo de la psicología clínica, en la que hablar de salud mental era un sinónimo de plantear un modelo pasivo ante la realidad. Un modelo utópico que proponía la ausencia de conflictos, un modelo simplista y lineal de la conducta humana. Hoy en día esto ya no es así. La salud mental no es pensada en términos de carencia de conflictos, sino en términos de carencia de necesidad de tratamientos. En algún sentido, la clínica psicológica se ha distorsionado por esta tendencia a pensar en la enfermedad mental y no pensar en prevenirla. (Fuks, 1978).

Hoy en día, atravesando una pandemia, no son los mismos desafíos a los que el psicólogo clínico se enfrenta. La salud mental se ve afectada durante una pandemia y todas las medidas que se tomen tendrán sus consecuencias dentro del campo. Es por ello que la visión sobre el impacto del COVID-19 no debe pasar por alto la salud mental. Particularmente en una subpoblación invisible y necesitada como es la de los trastornos mentales severos y persistentes. Brunetti y Gargoloff (2020) plantean que cuando ya existe una enfermedad, o se es vulnerable para padecerla, la estrategia que se aplica es la de intervenciones de prevención. Como por ejemplo la detección precoz y el abordaje oportuno de los trastornos mentales por

la pandemia. Otro nivel de intervención es la asistencia de las personas que presentan una enfermedad activa. En concreto, se trata de las medidas sanitarias y extrasanitarias para que quienes padecen algún trastorno mental resuelvan esta condición y lo logren sin secuelas; así como para que quienes están recuperados no recaigan.

Siguiendo la línea planteada por los autores, el problema dentro de este contexto de pandemia es que, mientras más se prolongue la cuarentena y sea más estricta, tendrá peores consecuencias en distintos ámbitos, incluyendo a la salud mental. El impacto actual de la pandemia aplica igual que a las guerras, lo cual indicaría según la OMS que 1 de cada 5 personas va a desarrollar una enfermedad mental. Pero, aún un porcentaje mayor va a presentar diversas manifestaciones o síntomas psicológicos y agravamiento de enfermedades mentales previas. Entre el abanico de manifestaciones psicológicas por las pandemia se identifican la ansiedad, la angustia, la tristeza, la disminución de la capacidad de sentir placer ante situaciones placenteras, inseguridad, irritabilidad, entre otros. Se han tomado medidas adecuadas para mitigar el impacto social, laboral y económico. No obstante, la resolución de las consecuencias en la salud mental de las personas debe ser ya una prioridad. Hay que tener en cuenta que por un lado, hay una población sin enfermedad mental previa, y que en el marco de la pandemia puede presentar manifestaciones o desarrollar trastornos específicos por el estrés. Pero por otro lado, están las personas con trastornos mentales previos, con su respuesta al estrés muy diferente a la del grupo previo; y sus familiares que ejercen rol de cuidadores. En todos estos casos, se aplican intervenciones de promoción de la salud. (Brunetti y Gargoloff, 2020).

Asimismo, Brunetti y Gargoloff (2020), mencionan la existencia de evidencia que plantea la esencialidad de detectar precozmente las manifestaciones provocadas por el estrés; así como de las enfermedades mentales que ocurran en el marco de la pandemia. Esta estrategia va a permitir la identificación temprana, y la administración del tratamiento oportuno, logrando así una recuperación de la salud más rápida y completa. Se recomienda que, para el grupo de personas con trastornos mentales, se asegure la continuidad del tratamiento psiquiátrico-psicológico. Las acciones en el marco de la pandemia incluyen asistencia médico-psicológica virtual; el apoyo de los familiares; asegurar un acceso pleno a los tratamientos; entre otros. La recomendación para toda la población, incluyendo a quienes padecen trastornos mentales como así también a quienes no tienen antecedentes de problemas de salud mental, es la misma. Se debe exigir atención de la salud física y mental por igual, con el mismo compromiso y recursos, ya que no hay salud sin salud mental.

III.CONTEXTO INSTITUCIONAL

La información planteada dentro de este apartado fue recopilada a partir de una comunicación personal con la referente institucional, así como también del sitio web de la institución Sanatorio Morra. La misma se encuentra ubicada en la Av. Sagrada Familia, esq. Nazaret, en el Barrio Urca de la provincia de Córdoba.

El Sanatorio Prof. León S. Morra es una institución privada de Salud Mental fundada en el año 1927, lo que la posiciona entre las pioneras del interior del país. Su fundador, el Dr. León S. Morra fue un destacado profesional farmacéutico primero, luego médico cirujano que se desempeñó como Profesor Suplente de Neurología y de Psiquiatría en la Facultad de Medicina, siendo además Consejero y Titular de la Cátedra. (Sanatorio Morra, Sitio Web Institucional, 2020).

La actual Ley provincial N° 9848, retoma el camino que el fundador propuso, un camino de atención de pacientes basado en el “respeto, dignidad y derechos de las personas con padecimiento mental”. Tras su fallecimiento en el año 2003 sus hijos los Dres. León y Carlos Morra asumieron la Dirección de la institución. (Sanatorio Morra, Sitio Web Institucional, 2020).

La Clínica Las Rosas como se la denominó en sus comienzos, fue una institución que abordó las enfermedades neuropsiquiátricas en la modalidad de internación, conforme lo demandaban las prácticas profesionales de la época. En el año 1960 comenzaron a incorporarse los consultorios externos, los cuales funcionaron primeramente en el centro de la ciudad y luego fueron trasladados al predio de la misma institución centralizando la atención. Para ese entonces las Hermanas Carmelitas Teresianas, que estaban encargadas del economato y atención de los pacientes en las cuestiones de asistencia personal bajo la atenta supervisión de profesionales médicos, fueron cediendo espacio. La dirección de la institución convocó a profesionales idóneos con formación específica en la materia que abordaran de manera integral la atención del paciente. Se incorporaron así disciplinas como medicina, psicología, neurología, nutrición, trabajo social, rehabilitación, fisioterapia, etc. El paradigma de la supremacía médico hegemónica se fue desdibujando para conformarse un nuevo paradigma que incorporaba la mirada interdisciplinar en el abordaje de las patologías mentales. En esta etapa se dio un amplio empuje a la asistencia en el área ambulatoria incrementándose la planta profesional aumentando paralelamente la red de cobertura prestacional. En los comienzos de los años 90, el desafío fue la externación de pacientes crónicos que representaban en la internación casi el 80%. Las entrevistas domiciliarias,

seguimiento de casos, el trabajo con familias y con el propio paciente dieron inicio a los nuevos caminos por andar, disminuyéndose las internaciones en un 67%. (Sanatorio Morra, Sitio Web Institucional, 2020).

Para el año 1996 se crea el Servicio de Hospital de Día como instancia intermedia entre la internación y la externación definitiva siendo ésta una herramienta orientada a la prevención, promoción y preservación de la salud mental y a la resolución de patologías psiquiátricas de menor complejidad. (Sanatorio Morra, Sitio Web Institucional, 2020).

De una comunicación personal con la referente institucional se destacan los siguientes servicios: el sanatorio tiene tres grandes áreas, atiende todos los rangos. En el área ambulatoria (consultorios externos, talleres, atención en consultorio): puede acudir población infante juvenil, adulta, tercera edad. Hay diferentes profesionales, psiquiatras y psicólogos, especializados que asisten a diferentes edades. También cuentan con dos psicopedagogas que trabajan en el área infante juvenil. El área más fuerte no es la infante juvenil, a pesar de que sea una población que se atiende en el Sanatorio. La fortaleza en el área ambulatoria es el joven adulto y el adulto mayor. En el área internación no se atienden menores de dieciséis años, va de dieciséis años a noventa aproximadamente. En los dispositivos intermedios (hospital de día, casa de medio camino, residencias compartidas, comunidad terapéutica) la edad que se atiende va de dieciocho años a sesenta y cinco. Por otra parte, en el internado hay seis pabellones, y en cada uno de ellos, hay un equipo de profesionales que consta de: un/a jefe de servicio; uno o dos psicólogos de planta; un psicólogo residente; un psiquiatra residente; una trabajadora social (se comparte con los demás pabellones, no es una por servicio). (Comunicación personal, 2020).

El equipo de planta siempre permanece pero los residentes rotan cada seis meses o un año por los diferentes pabellones. El trabajo en el servicio implica la atención del paciente pero además hay un horario de visita dos veces a la semana. Allí se entrevista a los familiares, y se hace una cadena en el tratamiento del paciente para que una vez dado de alta pueda pasar al ambulatorio. La ventaja del paciente internado es que se tiene acceso a la historia del mismo, de manera completa. Esto es así ya que permite adquirir distintas versiones de cada uno de los familiares. (Comunicación personal, 2020).

A comienzos del año 2000 la planta del personal, técnico, administrativo y profesional se había triplicado. Se incorporan prestadores a la red de atención de obras sociales capitadas brindando cobertura a unos 150.000 afiliados. Así la descentralización empezaba a tejer los espacios de redes de contención con mayor cercanía y accesibilidad a la población. Se

consagraba de este modo el paradigma en el que no es posible concebir otro tipo de atención que no sea la interdisciplinar. (Sanatorio Morra, Sitio Web Institucional, 2020).

En ese mismo año se construyeron 7000 metros cuadrados alcanzando un total de 15.000, brindando la tranquilidad necesaria para la recuperación de las personas internadas y un espacio agradable de trabajo para los empleados. Esta ampliación permitió también la redistribución de pacientes acorde a sexo, edad y patología, creándose un área de atención especialmente diseñada para pacientes psiquiátricos que cursan enfermedades clínicas crónicas terminales. Para ello se dotó de una planta profesional y de enfermería especializada. Así el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba habilitó al Sanatorio Prof. León S. Morra, conforme la normativa vigente en la ley N° 9848, como centro de salud polivalente. A finales de la primera década del año 2000 se confeccionaron las nuevas historias clínicas que incorporaron la mirada transdisciplinaria como eje de la acción, se diseñaron consentimientos informados que hoy se encuadran en las legislaciones tanto a nivel nacional como provincial en esa materia. Se rediseñó el archivo de historias clínicas generando una más rápida localización para las más de 45.500 historias clínicas. (Sanatorio Morra, Sitio Web Institucional, 2020).

El modelo de atención integral desarrollado implicó aumentar la planta profesional en el área de la red prestacional contando actualmente con una cartilla de más de treinta prestadores en el interior provincial y una planta permanente en el sanatorio de más de doscientos empleados entre las áreas técnico-administrativa, profesional, mantenimiento y auxiliares. Este número no contempla la tercerización del área de economato, limpieza, seguridad, y laboratorio, los cuales elevan considerablemente el número. La capacitación del personal es prioridad. Para ello se realizan capacitaciones permanentes al área administrativa para brindar mayor eficiencia y eficacia en la atención a los pacientes y dinamismo a la faz profesional. (Sanatorio Morra, Sitio Web Institucional, 2020).

La nueva dinámica de intervención que se gestó a finales de los años 90 dio origen a la creación de la modalidad de atención de Hospital de Día, el cual cuenta actualmente con cuarenta y cinco pacientes que asisten a las diversas modalidades de jornada completa, semi-completa, etc. Allí un grupo de profesionales trabaja interdisciplinariamente no sólo para contener al paciente y evitar una internación, sino para reforzar, recuperar y resocializar las habilidades del paciente en un trabajo psicoeducativo con el paciente y su grupo familiar. (Sanatorio Morra, Sitio Web Institucional, 2020).

En cuanto a las acciones desde la reglamentación de la Ley, sólo le bastó al Sanatorio continuar el camino emprendido hace casi un siglo y redirigir las acciones a la modalidad que dicta la legislación en nuestra provincia tras la sanción a la Ley N° 9848. La misma sienta sus pilares en cinco aspectos a considerar: la interdisciplinariedad de la acción profesional; la desjudicialización de las patologías psiquiátricas; la despsiquiatrización de los problemas sociales; el abordaje de salud mental en la esfera de la salud; y la desmanicomialización institucional. (Sanatorio Morra, Sitio Web Institucional, 2020).

En relación a la interdisciplinariedad, la institución cuenta en su plantel profesional con Médicos Clínicos, Médicos Especialistas en Medicina Interna, Médicos Psiquiatras Especialistas en Adultos y Niños, Niñas y Adolescentes, Neurología, Medicina Laboral, Psicólogos Clínicos con formación específica en Trastornos de Ansiedad, Fobias y Trastornos Obsesivos Compulsivos, Violencia Familiar y Equidad de Género, entre otros. Abordando de esta manera las patologías denominadas modernas, respetando la más amplia modalidad de abordaje, psicoanálisis, gestalt, cognitivo comportamental, etc. acorde a la demanda y necesidad de cada situación. La disciplina de Trabajo Social incorporó profesionales especialistas en Salud y con formación específica Salud Mental, aportando la mirada integral y socio-comunitaria a la acción. (Sanatorio Morra, Sitio Web Institucional, 2020).

Hoy la institución cuenta con atención ambulatoria interdisciplinaria, consultorios externos; Atención Programada a Domicilio Multidisciplinaria, Atención Domiciliaria de Urgencia Interdisciplinaria, Atención Ambulatoria en el territorio provincial bajo su área de influencia; Hospital de Día en todas sus modalidades; Internación de pacientes agudos, internación breve para pacientes en crisis, e internación de pacientes crónicos sin posibilidades de reinserción comunitaria por falta de continente socio-familiar y afectivo y limitación por el curso de su patología propia de base, Servicio de Acompañantes Terapéuticos. (Sanatorio Morra, Sitio Web Institucional, 2020).

En el 2014 el Sanatorio Morra implementó la modalidad Casa de Medio Camino como dispositivo terapéutico de externación. Para ello inicia actividades específicas con aquellos pacientes que tras un exhaustivo trabajo en conjunto y valoración interdisciplinaria están en condiciones de ser derivados allí. Asimismo se desarrolló un programa de reinserción sociolaboral para brindar a los pacientes una herramienta que permite una real incorporación al mercado laboral. (Sanatorio Morra, Sitio Web Institucional, 2020).

En el área de dispositivos intermedios cuentan con cuatro casas de medio camino, de las cuales dos son residencias compartidas, y dos son casas de medio camino propiamente dichas.

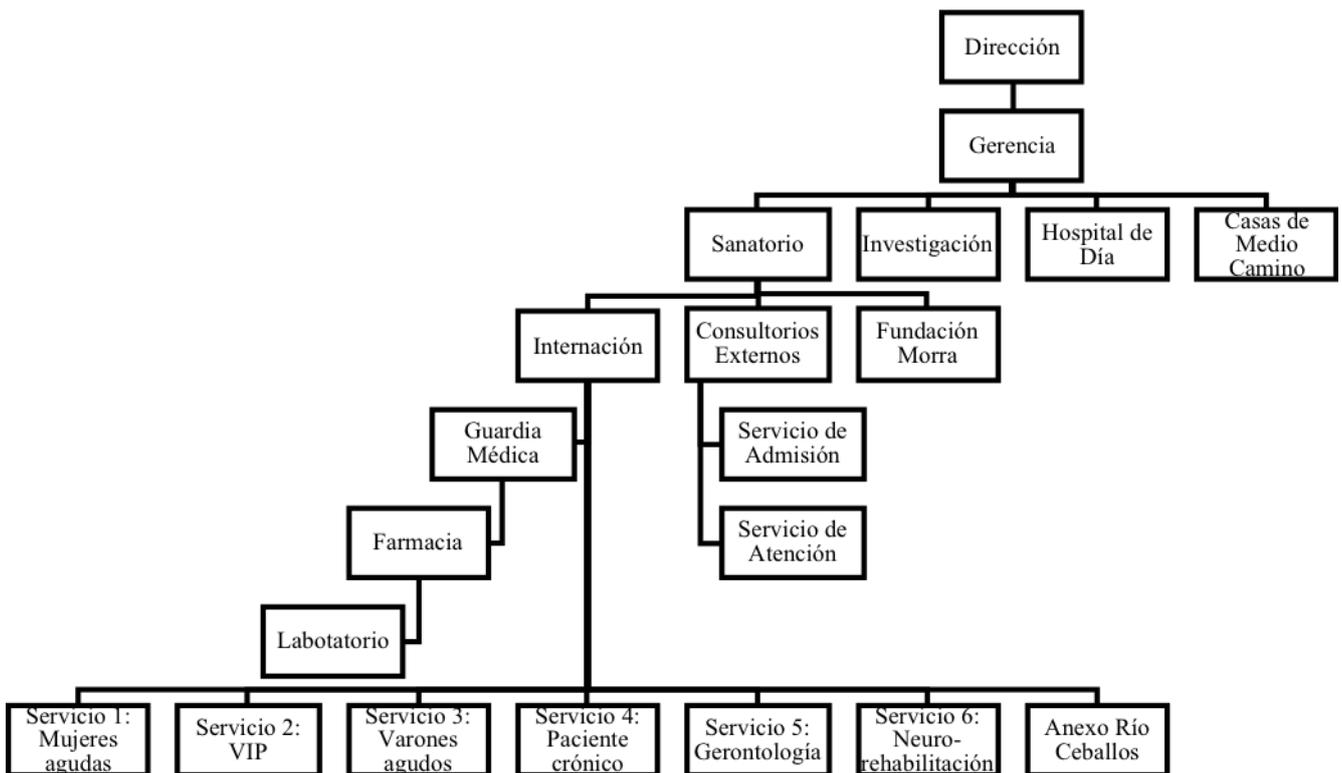
La diferencia es el tiempo de permanencia de los pacientes en cada uno de los dispositivos, eso es lo que marca si es casa de medio camino o residencia compartida. Son dispositivos transitorios, dispuestos por la Ley de Salud Mental vigente, orientada a “no más manicomios; no más monovalentes”; excepto en casos necesarios y por un tiempo acotado. También se aspira a que la Salud Mental sea tratada en un hospital polivalente, como un área más. Legalmente, el Sanatorio Morra está abierto como un hospital polivalente, especializado en Salud Mental. Tiene dos o tres áreas, pero nace como hospital monovalente y se ha ido condicionando por las exigencias legales a la legislación actual. (Comunicación personal, 2020).

Teniendo en cuenta el tema de la pandemia, de esos cinco dispositivos intermedios, quedaron sólo abiertos las residencias compartidas. Las mismas son para las personas que por razones sociales y por razones de salud mental no pueden convivir con su grupo familiar, y pueden vivir ahí hasta que mueran. Son casas de cinco o seis personas, no más de eso, coordinadas por una psicóloga, pero son casas abiertas. Hay una sola llave, la cual tienen los residentes, y ellos manejan las medidas. También manejan un reglamento interno hecho por ellos y acompañados por los profesionales, poniendo eje en la rehabilitación, en cómo se hacen las compras, la limpieza, las actividades que cada uno desea realizar. Los tratamientos psicológicos y psiquiátricos se hacen por fuera de la casa. Se parece mucho a la vida intrafamiliar en donde cada uno desarrolla sus actividades y hay un reglamento de convivencia que se trabaja semanalmente con una psicóloga. Ese sería el rol clínico de la psicóloga en los dispositivos intermedios. (Comunicación personal, 2020).

Al ser nuevas las experiencias en el país, cada dispositivo ha instrumentado un protocolo diferente. Eso también depende de la mirada que se tenga sobre el dispositivo intermedio. Cuentan con dos psicólogas que están a cargo de las residencias y de las casas de medio camino. Las residencias están abiertas, nunca cerraron durante la pandemia. Por una cuestión de seguridad, las casas de medio camino volvieron a abrirse el día lunes 11 de Mayo, hasta que la población de personas que habita esos dispositivos aprendieron los protocolos. Sin olvidar que son ex pacientes de muchos años de internación y pacientes con patologías psiquiátricas crónicas, como puede ser una esquizofrenia. Por ende hubo que hacer todo un trabajo para que pudieran incorporar muchos hábitos perdidos durante años. Esto se debe a que las instituciones tienen un servicio de hotelería en cuanto a lavado de ropa, tendido de camas, comida, entre otras, y todo esto tuvo que reaprenderse. Estos pacientes están estables, pero han tenido que aprender durante mucho tiempo la conciencia de situación mediante

rehabilitación. Se trabajó caso por caso para ir viendo cómo el paciente se iba adecuando. (Comunicación personal, 2020).

III.1. Organigrama



Fuente: elaboración propia en base a comunicación personal con referente institucional

IV. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

A lo largo de la práctica, la prevalencia de ingresos por consumo problemático fue despertando el interés en el tema, llevando así a que la atención sea dirigida hacia el mismo. Se tuvo la posibilidad de participar de entrevistas realizadas a usuarios en tratamiento de internación dentro de la institución. Los mismos tenían en común la condición de consumo problemático. No obstante, a pesar de ello, la mirada se fue posicionando sobre el quehacer profesional.

Surge un gran desafío para los profesionales: la pandemia. Es por ello que se estableció el siguiente eje de sistematización: *El rol del psicólogo clínico como favorecedor de la responsabilidad subjetiva en los usuarios con consumo problemático. Experiencia en una institución privada de la provincia de Córdoba, en el marco de la pandemia COVID-19.*

V. OBJETIVOS

V.1. Objetivo General

Analizar el rol del psicólogo clínico como favorecedor de la responsabilidad subjetiva en los usuarios con consumo problemático de sustancias, en una institución privada de la provincia de Córdoba, en el marco de la pandemia COVID-19.

V.2. Objetivos Específicos

Describir las estrategias implementadas por parte del psicólogo clínico, para favorecer la responsabilidad subjetiva en los usuarios con consumo problemático, en una institución privada de la provincia de Córdoba.

Identificar los niveles de responsabilidad subjetiva en el discurso de los usuarios con consumo problemático.

Describir los efectos de la responsabilidad subjetiva en el tratamiento de los usuarios con consumo problemático.

VI. PERSPECTIVA TEÓRICA

En su obra “El malestar en la cultura”, Freud (1930) expresaba que la pregunta por el fin de la vida humana se ha planteado innumerables veces, sin encontrar aún una respuesta satisfactoria. La respuesta no es fácil, los hombres aspiran a la felicidad, quieren ser felices sin dejar de serlo. Entonces por un lado, se busca la ausencia de dolor y displacer, y por el otro, vivenciar sensaciones placenteras intensas. A la vez agrega que son limitadas nuestras posibilidades de felicidad, puesto que el sufrimiento amenaza por tres lados: el propio cuerpo, que no permite prescindir del dolor y la angustia como señales de alarma; del mundo exterior; y las relaciones con otros. Es en base a esto que menciona que uno de los métodos para evitar el displacer, el quitapenas más eficaz, es la influencia de químicos también conocida como la intoxicación. Las sustancias presentes en la sangre conllevan a sensaciones inmediatas de placer por lo cual se afirma lo siguiente:

lo que se consigue mediante las sustancias embriagadoras en la lucha por la felicidad y por el alejamiento de la miseria es apreciado como un bien tan grande que individuos y aun pueblos enteros les han asignado una posición fija en su economía libidinal. (p.78)

Esto mismo se deja entrever en los planteos de Lora y Calderón (2010), con respecto a que las drogas han acompañado al hombre en toda su evolución. Su problema reside en la relación que establece la persona con la droga, el tipo de droga, y la forma de uso en un determinado contexto. Se destaca que:

Desde el inicio de la historia de la humanidad y su desarrollo cultural, una de las formas que tenía para explicarse el funcionamiento del universo, era mediante el consumo de sustancias químicas que alteraba la percepción lineal de la realidad, el consumo de drogas ha estado presente por motivos sociales, religiosos, dentro de rituales chamánicos, médicos, adivinatorios o festivos [...]. (p.152)

Cabe destacar que en este trabajo no se utiliza el término adicciones, ni toxicomanía, sino que en base a la nueva concepción que plantea la Ley Nacional de Salud Mental N. 26.657 se emplea el término consumo problemático de sustancias. Se registra que la Organización

Mundial de la Salud en el año 2008 estableció que en los últimos treinta años el consumo de drogas ha aumentado considerablemente en todo el mundo, siendo uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial. (Sotelo, Irrazabal, Miari, y Cruz, 2013)

Antes de profundizar en el tema, resulta útil comenzar definiendo a qué nos referimos cuando hablamos de “consumo problemático de sustancias”. Tomando la definición planteada por Bekinschtein et al. (2019), el mismo se define como:

el consumo que empieza a tener consecuencias negativas en la salud y que causa efectos perjudiciales tanto en los aspectos de la vida de la persona como en otros aspectos relacionados con los individuos, las familias, los amigos y la sociedad. (p.10)

Asimismo, es indispensable no perder de vista el hecho de que “es una enfermedad que no se desarrolla de un día para el otro y todos los eventos que ocurren alrededor del consumo de la sustancia influyen en el proceso” (Bekinschtein et al., 2019, p.45).

VI.1. Abordaje terapéutico del consumo problemático de sustancias

Tal como se mencionó anteriormente, en la nueva Ley de Salud Mental ratifica que “las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental” (Ley No. 26.657, 2010, Art. 4).

Se hace clara la necesidad de destacar entonces que el vínculo entre adicción y salud no es obvio. El consumo problemático de sustancias incluye tanto las adicciones como la toxicomanía. Zamorano (2014) menciona que aparecen a su vez nuevos síntomas, que no responden a la estructura del síntoma freudiano clásico. Dicho de otra forma, responden a la lógica del discurso capitalista. Una lógica en la que impera el goce y el rechazo al pensar. Sin embargo, se han realizado ciertas modificaciones en el dispositivo clásico para poder abordar el consumo problemático. Incluso la Ley de Salud Mental ha permitido inaugurar un cambio de paradigma, en tanto implica un discurso distinto del médico-hegemónico. Es el discurso de los derechos humanos y el de la interdisciplina. Siguiendo esta línea, agrega que “el trabajo en

equipo, la intervención en red, los dispositivos de medio camino, los talleres, podrían ser nuevos ámbitos que habiliten una lectura de lo singular de cada paciente” (p.45).

Mayer (2004) añade que el abordaje terapéutico del consumo problemático debe ser singular, al igual que toda psicoterapia analítica, pero a su vez también debe ser integral, abarcando las redes vinculares diversas que alimentan y sostienen la práctica adictiva. Asimismo menciona que, además de un abordaje familiar, es útil también brindar a los usuarios con consumo problemático un tratamiento ambulatorio, en el cual se le pueda ofrecer un lugar en un grupo, y en donde éste se pudiera integrar y confrontar con semejantes que estén trabajando para superar su drogodependencia. Expone que:

una alternativa, la mejor desde mi punto de vista, es impulsar un tratamiento conjunto, individual e institucional, donde se trabaje de modo complementario en la dimensión vincular puesta en juego con el analista en la transferencia tanto como en la que se despliega con los grupos de pares, en las relaciones familiares, con los allegados, etc. (p. 54)

Nos encontramos frente a un panorama desalentador. Por un lado, se debe a la complejidad de estos cuadros. Pero, por otro lado, a la escasa recuperación de los sujetos con consumo problemático en general, independientemente del abordaje terapéutico. No obstante, hay otros factores a los cuales se les debe prestar atención. Siguiendo los planteos del autor, “el futuro de los adictos en tratamiento depende en gran medida de cómo se posicionen ellos frente al consumo de drogas” (p. 55). Con respecto al tratamiento ambulatorio, éste se intenta cuando el sujeto con consumo problemático ha fracasado reiteradamente en terapias individuales. También en caso de reconocer que no puede abandonar por sus propios medios el consumo, o cuando puede lograrlo pero no logra sostener la abstinencia. Incluso hay diversos abordajes terapéuticos que pueden ser eslabones muy valiosos de un programa de recuperación para consumo problemático, pero lo importante es considerar su encadenamiento con otros momentos del proceso terapéutico. Asimismo, afirma que el tratamiento ambulatorio de los cuadros de consumo problemático no se contrapone al psicoterapéutico psicoanalítico. Más bien asegura que ambos pueden operar complementariamente y apoyándose recíprocamente. El autor destaca que uno de los requisitos esenciales para desarrollar un tratamiento eficaz es que, entre otros, haya un cierto grado de toma de conciencia por parte del usuario con consumo problemático. Es decir, que tome conciencia

que el consumo ha escapado de su control, causando innumerables pérdidas que amenazan a permanecer mientras dure su vida. En función de lo mencionado, es claro que es conveniente, en el caso del abordaje del consumo problemático, tener en cuenta abordajes psicoterapéuticos que operen no sólo en el plano individual, sino también en el grupal, familiar, de allegados, como complemento de un proceso psicoanalítico que se realice simultáneamente.

VI.1.1. Abordaje Familiar

En base a lo mencionado, resultan pertinentes los planteos de López Acosta (2009), quien destaca que el compromiso de la familia y de amigos, o de otros significativos, adquiere gran importancia a la hora de llevar a cabo un tratamiento por consumo problemático. Estos otros significativos de los que habla el autor pueden jugar un rol preponderante, no sólo para tomar la decisión de entrar en tratamiento; sino también en el desarrollo del mismo. El posicionar la atención sobre éstos, como elementos relevantes en el proceso de toma de decisión del usuario, conlleva la necesidad de pensar en el concepto de “codependencia”. El mismo busca dar cuenta de ciertos comportamientos, actitudes y reacciones comunes observados en el tratamiento de usuarios con consumo problemático. Pensar en términos de codependencia pone el acento en las pautas de interrelación. Estas serían producto de la existencia de un miembro del sistema que ha desarrollado una adicción. Una vez que se instala la adicción en un miembro, se desarrollan secuencias interaccionales a partir de la misma. Por ello, un cambio en estas pautas de relación codependientes, entendidas como secundarias en el desarrollo de la adicción, pueden facilitar el cuestionamiento por parte del “miembro adicto”. En la medida que el sistema deja de dar cabida a la adicción, el “miembro adicto” se plantea la posibilidad de hacer algo con su problema, como por ejemplo, buscar ayuda profesional. En otras palabras, un cambio en las pautas correlacionales del sistema podría llevar a un diálogo, y éste último a su vez podría llevar a que, por parte del miembro con el problema, se produzca un cambio de posición en relación al consumo de sustancias. Así, se alcanzaría el objetivo común inicial.

VI.1.2. Abordaje ambulatorio

Dentro de la institución, el tratamiento ambulatorio del consumo problemático se organiza en talleres compuestos de un grupo terapéutico. Como bien se menciona, se apoya recíprocamente con el abordaje individual del consumo problemático. Gómez (2017) define al grupo como “un conjunto de seres hablantes con diferentes subjetividades reunidos en un espacio/tiempo determinado y que, en su devenir, organizan una estructura grupal tejida por las diversas interacciones, interrelaciones y vínculos” (p. 381). Menciona que la estructura grupal se produce en el anudamiento de estos tres elementos: el equipo terapéutico, el cual sostiene el encuadre; la organización grupal, constituida por la interacción y vinculación entre los integrantes; y la tarea terapéutica u objetivo común por el cual se reúne el grupo. Dicho de otro modo, sería la elaboración conjunta de la problemática intrasubjetiva, intersubjetiva, y grupal. La interacción a través de mecanismos de identificación/proyección va construyendo la trama vincular, y al hablar de un *nosotros*, se hace explícita la *ilusión grupal*, necesaria para que se constituya el grupo.

Asimismo, Romero Romero (2008) explicita que desde la biología de la cognición, los seres humanos somos seres en el lenguaje, y que sólo existimos como tales en el lenguaje. Por ende, desde esta perspectiva, el ser humano consiste en ser parte de una red de conversaciones o maneras de fluir juntos en el lenguaje. Agrega que el modelo de intervención grupal puede comprenderse como un espacio de conversaciones liberadoras, orientadas por los siguientes valores: cooperación, aceptación incondicional, reciprocidad, entre otros. Es normal que los usuarios lleguen al tratamiento no sólo con percepción del daño causado, tanto a sí mismos como a los demás; sino que llegan con una motivación plagada de juicios negativos acerca de las consecuencias éticas de su proceder como “enfermos”. Implica, en la mayoría de los casos, recibir rechazo, tanto activo como pasivo, por parte de miembros de su grupo familiar. El hecho de exigir algún adulto responsable como apoyo externo al tratamiento del paciente ha compensado este problema. El espacio terapéutico se presenta como una oportunidad para el grupo de sentirse en continuidad e integridad con sus estados afectivos negativos. El resultado de esta forma de conversación legitimadora y aceptadora se manifiesta en la consensualidad y aceptación de normas del funcionamiento del grupo, y en la progresiva participación coterapéutica hacia un compañero, por parte de los integrantes del grupo.

Cabe destacar que en la terapia grupal, se parte desde la presuposición de que el discurso del usuario manifiesta tanto cegueras cognitivas como afectivas en relación a su vida, provenientes de sus mecanismos de autoengaño. Es posible que sus explicaciones acerca de las causas del consumo, los factores que lo mantienen, los daños generados a sí mismo y su entorno, se encuentren acomodados con el fin de continuar consumiendo. Esto puede resultar paradójico, ya que el usuario quiere mantener el consumo, pero a la vez también quiere mejorar su situación. (Romero Romero, 2008)

VI.1.3. Abordaje Individual

Por otra parte, a diferencia del área ambulatoria, en el área de internado se trabaja a nivel individual. Este abordaje se basa en la psicoterapia breve y focal, debido a que se trabaja con tiempos limitados para poder desplegar un análisis clásico. Braier (2009) comenta que esta terapia ocupa un lugar específico dentro de las psicoterapias de orientación psicoanalítica. Se trata de un procedimiento de objetivos limitados, que puede ser o no de tiempo limitado. En este caso, plantear que el tiempo es limitado se debe a que la internación de los usuarios con consumo problemático tiene un final temporalmente prefijado. Existe una condición que debe conservarse durante el tratamiento, y es la de objetivos limitados. Por ende, se centra la labor terapéutica en una determinada problemática instalada en la estructura psicopatológica del sujeto. Ello permite aspirar a mejorías y cambios determinados, que se destacan de entre otras metas terapéuticas por su urgencia y su importancia. La atención y desatención selectivas del terapeuta permiten alentar en el usuario asociaciones, deliberadamente orientadas hacia la problemática focal, lo que permite la profundización de la conflictiva focal inconsciente. Las principales intervenciones del terapeuta están referidas a la situación-problema a la que subyace la estructura focal, entre ellas, preguntas, señalamientos, e interpretaciones. Estas intervenciones a la vez producen un efecto focalizado sobre la mente del usuario, con respuestas asociativas que realimentan el propósito de profundización en el foco, conduciendo a un insight que no está centrado ni en el despliegue del conflicto básico (edípico) ni en el análisis de la transferencia con el terapeuta.

Trayendo a colación lo planteado por Fiorini (s/f) en relación a la psicoterapia breve, ésta se orienta principalmente a la comprensión psicodinámica de los determinantes actuales de cualquier situación de crisis, enfermedad o descompensación. No implica por ello omitir la

consideración de los factores predisponentes en la etiología de la misma, sino más bien aprehender la estructura de la situación transversal, en la que se actualizan los determinantes patogénicos. En otras palabras, en la psicoterapia breve se intenta una comprensión psicodinámica de la vida cotidiana del paciente, lo que implica ocuparse del afuera del tratamiento, a diferencia del psicoanálisis estricto.

Asimismo, además de la psicoterapia focal y breve, el tratamiento individual de los usuarios dentro de la institución se despliega sobre un eje psicofarmacológico, persiguiendo como objetivo la desintoxicación de los mismos. Tal como plantea Caballero (citado en Fortea Martínez, 2015), la psicofarmacoterapia “es un tipo de tratamiento para tratar a las personas inmersas en las drogas, a través de la utilización y suministro de fármacos al propio paciente” (p.29). El tipo de fármaco que se ha de administrar dependerá de cuál sea la sustancia tóxica y de las características de los usuarios. En otras palabras, no existe algún medicamento específico que disminuya los síntomas de la abstinencia, por ende, se debe realizar un análisis del usuario para que el tratamiento se adecúe. Para ello resulta importante el historial psicológico y psiquiátrico del usuario, con el fin de evitar alguna combinación farmacológica que pueda resultar perjudicial. Uno de los principales fines de los tratamientos psicofarmacológicos como plantea la autora es justamente la disminución de la apetencia. Es decir, evitar la recaída de los usuarios. Sin embargo, no en todos los tratamientos se suministran psicofármacos. Por otra parte, la desintoxicación del usuario, o también llamada fase de prolongación de abstinencia, se aplica en aquellos usuarios que presenten una intoxicación pronunciada. Esta intoxicación aguda debe ir acompañada de una revisión general del usuario para así poder identificar posibles enfermedades. En esta fase, se suprime la droga al usuario, siendo siempre controlada por profesionales. El objetivo que se persigue es que el usuario logre superar el síndrome de abstinencia, y su duración abarca un período de siete a veintiún días.

Más allá de cuál sea el enfoque de trabajo de cada terapeuta utilice, es menester tener en cuenta lo que se denomina el “estilo personal del terapeuta”. Éste es un constructo multidimensional, presente en todo proceso terapéutico, que describe un conjunto de funciones integradas que en la práctica expresan disposiciones, rasgos y actitudes que todo terapeuta pone en juego en su ejercicio profesional. Este estilo personal del terapeuta condiciona tanto los alcances del modelo teórico empleado, como las técnicas específicas que aplica en cada tratamiento. El entrenamiento recibido, las modificaciones en las condiciones de trabajo, y cuestiones relacionadas a la vida personal del terapeuta han de ir modificando el

estilo personal de éste, es decir, no es rígido. Resulta útil que el terapeuta conozca su propio estilo personal para así poder trabajar sobre ello y, en caso de ser necesario, realizar los ajustes que se requieran para optimizar su calidad profesional. Los trastornos adictivos, en este caso referidos como consumo problemático, han representado un gran desafío para la atención en salud mental, llevando a un descrédito de los tratamientos tradicionales. Esto se debe a que el usuario suele buscar una atmósfera terapéutica con el objetivo de consolidar su consumo, muchas veces sometiendo al terapeuta a manipulación y engaño. Por ello, se plantea la necesidad de crear un vínculo en primera instancia, con una fuerte connotación afectiva pero restringiendo los componentes de la empatía. Es decir, la empatía se irá modificando en función del avance de la terapia. Es importante poder transmitir al usuario que éste no está siendo juzgado en ningún momento. (Albanesi, Casari, Ison, & Maristany, 2016)

En el tratamiento del consumo problemático, el trabajo terapéutico será efectivo en la medida que el profesional sepa trabajar de acuerdo con la fase de motivación en que se encuentre el usuario. Resulta necesario que el terapeuta esté siempre alerta, ya que cabe la posibilidad de que el usuario esté mintiendo. Para establecer una buena relación terapéutica se recomienda fomentar la confianza, mantener la credibilidad y un espíritu de colaboración, resistir a la manipulación y lucha de poder, entre otros. A su vez se proponen técnicas más bien directivas para mantener el encuadre. Los terapeutas de usuarios con consumo problemático suelen ser más distantes en la comunicación personal con sus pacientes. Esto se explica por el concepto de distancia operativa, la cual se propone para sobreponerse a este tipo de usuarios que con frecuencia mienten e intentan manipular al terapeuta. Por lo cual, se trata de una adaptación que se realiza para poder establecer y mantener un vínculo terapéutico. (Albanesi, Casari, Ison, & Maristany, 2016)

VI.2. La responsabilidad subjetiva y su papel en el tratamiento

Mantilla (2010) plantea que "desde la teoría psicoanalítica, la responsabilidad subjetiva propone responsabilizar la paciente por su síntoma, buscando que reconozca la culpabilidad que tiene en la gestación de su propia condición" (p. 83). Se menciona que este proceso es considerado como el propio proceso terapéutico, que brinda una salida de la situación de

victimización. Se refiere a pasar a ser sujeto partícipe del propio destino, en lugar de ser objeto de las determinaciones. Es a su vez una especie de guía en las prácticas psicoanalíticas, en la cual se condensan expectativas de los profesionales respecto de los pacientes y que éstos se involucren activamente con su tratamiento. En caso de que el paciente no pueda modificar su posición, es posible interpretarlo como una falla en el tratamiento o ausencia de disposición por parte del paciente para trabajar. Incluso también como producto de intervenciones inadecuadas por parte del profesional. Lo que se intenta lograr, por medio del tratamiento psicoanalítico, es que los usuarios encuentren la vía adecuada para acercarse a los procesos inconscientes que los gobiernan.

Con respecto a los discursos de los usuarios con consumo problemático, Ibáñez (citado en Muñoz Sandoval, 2011) plantea una distinción entre discursos de la droga, que surgen de los propios consumidores; y discursos sobre la droga, que surgen de las instituciones en el lugar de discursos oficiales. Nos enfocaremos así en los primeros, los cuales permiten identificar cómo los usuarios van dando sentido al consumo y a la propia identidad por medio de la droga. Es posible identificar en los discursos de los sujetos una construcción del consumo como hábito, el cual puede cambiarse por medio de la voluntad. De esta manera, se niega al consumo como problema, y los sujetos se posicionan desde un punto activo y autónomos, no dependientes. Muñoz Sandoval (2011) añade que esta negación alude a la falta de conciencia. La misma permite explicar el por qué de que los usuarios no consideran que su consumo de drogas sea problemático. Es sabido lo que menciona López (2006) respecto de los sujetos con consumo problemático. Lo que ocurre en estos casos es que el vínculo del sujeto con la sustancia ha de comenzar a influenciar los distintos intereses en la vida de la persona. En otras palabras, la sustancia pasa a ocupar un lugar privilegiado en el psiquismo. Esto conlleva a que diversos niveles de la persona tales como el conductual, el emocional, el cognitivo, entre otros, comiencen a girar en torno a la obtención de la sustancia, al placer asociado a su consumo o a generar las condiciones para el consumo.

Se sostiene entonces que el diagnóstico psicoanalítico tiene de por sí efectos terapéuticos, “en el punto en que el sujeto puede, en el proceso que implica el diagnóstico, determinar su participación en la etiología del síntoma que lo aqueja, [...] advertir su implicación en la constitución y mantenimiento del mismo” (Mordoh, Gurevich, Thompson, Mattera, y Lombardi, 2005, p.240).

Siguiendo la línea planteada por los autores, se plantea una diferencia con el diagnóstico psiquiátrico que tiende a pasivizar al sujeto. Dicho de otra manera, el sujeto recibe un saber

que proviene del exterior, el cual nombra determinados aspectos de su subjetividad. Es una vez que el malestar del paciente puede ser nombrado por un saber, que entra en acción el saber hacer terapéutico. Con respecto al diagnóstico psicoanalítico que se menciona anteriormente, agregan que:

tiene efectos en la causalidad subjetiva de la problemática del paciente en tanto implica que allí hay un sujeto que puede advertir y responsabilizarse de la particular satisfacción desplegada en su propio padecer, y eventualmente desprenderse de ella como efecto del trabajo analítico. (p. 240)

Es importante pensar la relación entre los efectos terapéuticos y los efectos analíticos, a modo de encontrar el punto de intersección entre ambos efectos. Es esto lo que le da a la terapia psicoanalítica su especificidad y mayor posibilidad de éxito. En el psicoanálisis se crean condiciones que favorecen un reposicionamiento en el sujeto. Es un lugar en donde el sujeto puede enfrentarse a su propio deseo. En otras palabras, se convoca al sujeto a asumir una posición activa respecto de los significantes inconscientes que padece. (Mordoh et al., 2005)

VI.2.1. Recaídas en el consumo

No se puede por alto la cuestión de las recaídas. Éstas, siguiendo a Caballero Martínez (2005) son una eventualidad frecuente en el curso del consumo problemático. En tratamientos ambulatorios, los usuarios “están más expuestos a estímulos que disparan el craving, y las oportunidades de consumo nunca pueden reducirse a cero a pesar del control externo” (p.116). Podría decirse que los usuarios con períodos de abstinencia cortos, están más predispuestos al consumo. Esto se debe al recuerdo de la euforia provocada por la sustancia. En las etapas iniciales del tratamiento, los usuarios aún no han de contar con habilidades que les permitan afrontar el craving. Tampoco poseen la experiencia necesaria para superar dicha alteración motivacional. Uno de los problemas terapéuticos más habituales en el curso del tratamiento del consumo es la interrupción prematura del mismo. La causa más frecuente de ésta es la recaída en el consumo. Se sabe que es mayor el riesgo de abandono del tratamiento en los estados iniciales. Es este el momento donde el craving es más intenso y no se han desarrollado aún las habilidades de afrontamiento y el sistema de soporte. Resulta importante tener en

cuenta estas eventualidades para así prevenir la interrupción del tratamiento. En el caso de aquellos usuarios que ya han tenido tratamientos previos, es útil conocer y estudiar en detalle lo sucedido en los mismos, para así poder esclarecer y ejercer un control sobre las razones del abandono.

Existe una estrecha relación entre la adherencia al tratamiento por consumo problemático y las recaídas. Al hablar de adherencia, cobran especial relevancia aspectos relacionados a la alianza terapéutica y el plano motivacional. Como plantean Gemini, Gorlero y Poliansky (2018)

[...] mejorar la adherencia implicaría la posibilidad de sostener un recorrido de tratamiento que acompañe las decisiones de cada paciente respecto de su relación singular al consumo problemático de sustancias y a las determinaciones que instalaron en esa persona una vulnerabilidad respecto de las adicciones. (p. 5)

Siguiendo a los autores, sería de gran utilidad poder investigar el concepto psicoanalítico de transferencia en relación a la adherencia, ya que las determinaciones inconscientes implicadas en el malestar de cada persona y la relación ambivalente con el consumo son desconocidas. Por ello, la transferencia sería un elemento necesario a la hora de tratar el malestar de cada persona, permitiendo que se despliegue vía la palabra el lugar singular que ocupa la adicción en la historia de cada sujeto. Para concluir, se destaca lo siguiente:

Detener el consumo problemático es una decisión de cada persona y no debiera plantearse desde una exterioridad, dado que sus efectos no serían sustentables. Así, la responsabilidad subjetiva sobre el malestar causado por el consumo problemático se erige como vía privilegiada para construir la decisión de detenerlo. (p.5)

VII. MODALIDAD DE TRABAJO

VII.1. Sistematización de experiencias

El trabajo que se realizará consiste en una sistematización de prácticas, en el marco de la cátedra de Práctica Profesional Supervisada. La misma se puede definir como:

Aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido en ellas: los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionan entre sí y por qué lo hicieron de ese modo. (Jara, s/f, p.4)

Siguiendo los planteos de Jara (s/f), el mismo propone una metodología en cinco tiempos para sistematizar. Se parte de haber participado en la experiencia y tener registros de las experiencias para luego plantearse algunas preguntas iniciales que permitan definir el objetivo, delimitar el objeto a sistematizar, precisar un eje de sistematización, qué fuentes de información se utilizarán y cuáles serán los procedimientos a seguir. Una vez logrado esto, se propone una recuperación del proceso vivido, la cual consta de una reconstrucción de la historia y un ordenamiento y clasificación de la información. Finalmente se propone una reflexión en la cual se analiza, sintetiza y se hace una interpretación crítica del proceso. Y por último, se formulan las conclusiones y se comunican los aprendizajes.

Cabe destacar que “... en la sistematización de experiencias se pretende explicitar, organizar, y hacer comunicables los saberes adquiridos en la experiencia, convirtiéndose en conocimientos producto de una reflexión crítica sobre la práctica” (Barnechea García & Morgan Tirado, 2010).

Al tomar como punto de partida el hecho de haber participado en la experiencia, permite aludir a lo planteado por Rockwell (2009). La autora menciona que la base de la etnografía es el trabajo de campo y la elaboración de los registros y diarios de campo. Implica necesariamente involucrar una dimensión subjetiva. Se considera que no es válido negar nuestra presencia en el lugar, el estar ahí en un determinado momento y todo lo que eso genera. Es por ello que, según plantea Hernández Sampieri (2006), en un enfoque cualitativo como lo sería esta sistematización de prácticas, existen varias realidades subjetivas

construidas en la investigación, las cuales varían en su forma y contenido entre individuos, grupos y culturas. El investigador reconoce e incluso toma como fuente de datos sus propios valores y creencias. Agrega que la meta del enfoque cualitativo es “describir, comprender e interpretar los fenómenos a través de las percepciones y significados producidos por las experiencias de los participantes” (p.11).

VII.2. Caracterización de los sujetos

Debido al contexto de pandemia que caracterizó al año 2020, la inserción como practicante dentro de la institución se dio principalmente en dos grandes áreas. Por un lado, en el área de internado, y por otro, en el área ambulatoria. En ambas se brindó la posibilidad de acompañar a un profesional de la psicología, lo cual permitió ahondar en el eje de sistematización y obtener toda la información necesaria.

En el área de internado, se trabajó con una de las Licenciadas en psicología que conforma el equipo profesionales de un Hospital Polivalente de la provincia de Córdoba. La misma realiza su labor en un pabellón que recibe exclusivamente a usuarios masculinos, con todo tipo de patologías, pero entre las cuales prevalece el consumo problemático de sustancias. En este marco, se trabajará con los usuarios que se encuentran realizando un tratamiento de internación en dicha institución. Los mismos conforman un grupo heterogéneo, en el cual las edades rondan entre los 18 y los 60 años. Es un grupo semi-abierto, en el cual a lo largo del proceso, se han ido sumando nuevos integrantes, así como se han ido restando aquellos participantes cuyo tratamiento ya hubiera finalizado. Los integrantes del grupo, más allá de poseer distintas problemáticas y provenir de diferentes sectores sociales, tenían en común la característica de presentar consumo problemático de sustancias entre las cuales se encontraron: marihuana, cocaína, alcohol, entre otras.

Por otro lado, en el área ambulatoria, también se trabajó en conjunto con el profesional psicólogo encargado de dirigir los grupos y talleres terapéuticos. Los mismos se realizaron de manera virtual debido a las medidas de prevención de la pandemia; tres veces por semana. El grupo terapéutico se caracterizaba por ser cerrado. Comenzaron siendo alrededor de diez usuarios, pero debido a las recurrentes ausencias de uno de los miembros, el número terminó siendo menor. El taller se regía por una regla: si el usuario se ausentaba por dos o más

talleres, su tratamiento ambulatorio debía volver a comenzar, dejando de formar parte del grupo inicial. Este grupo de usuarios también se caracterizó por ser heterogéneo, y sus edades rondaban entre los 20 y 50 años. Su característica en común, al igual que se mencionó anteriormente, es el consumo problemático de sustancias. No obstante, no todos habían estado internados anteriormente, sino que podría ocurrir que asistieran al taller a modo de consulta externa.

VII.3. Técnicas de recolección de datos

Con el fin de llevar a cabo un acercamiento a la institución, en una primera etapa se realizaron entrevistas a distintos profesionales pertenecientes a la misma. Una vez logrado esto, se utilizó la técnica de observación no participante. En el área de internado, se presenciaron entrevistas entre la licenciada en psicología y los usuarios internados, sin participar en las mismas. Estas entrevistas, escuchadas a través de una video llamada, diferían de las entrevistas con los profesionales, ya que estas últimas tenían la particularidad de ser entrevistas psicológicas.

Tal como plantea José Bleger (1964), la entrevista psicológica es un instrumento o técnica fundamental del método clínico y es por ende un procedimiento de investigación científica de la psicología. Posee una doble faz, ya que identifica o hace confluir en el psicólogo las funciones de investigador y de profesional: en la entrevista se logra la aplicación de conocimientos científicos a la vez que permite llevar la vida diaria del ser humano al nivel del conocimiento y la elaboración científica. La particularidad de la entrevista psicológica radica en que en ella se persiguen objetivos psicológicos, por lo cual. Es entonces la entrevista psicológica el instrumento fundamental de trabajo no sólo para el psicólogo, sino para otros profesionales tales como psiquiatra, trabajador social, entre otros.

En cuanto al área ambulatoria, se participó también a modo de observador no participante, en los talleres terapéuticos “Grupo de adicciones”. El mismo tuvo lugar los días Lunes, en el horario de 18 a 20 hs.

Asimismo, a lo largo de todo el proceso, se utilizaron los datos recogidos en los registros de campo, realizados siempre a posteriori, con el fin de poder reconstruir la información

pertinente para el análisis de la experiencia. Como plantea Rockwell (2009), “los buenos registros permiten reconstruir lo observado a la luz de concepciones posteriores más elaboradas que las que surgieron en el momento inicial” (p. 51).

VII.4. Consideraciones éticas

A los fines de proteger los derechos de los usuarios y los profesionales intervinientes en la práctica que se realizó en la institución, se tuvieron en cuenta las disposiciones del Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016), así como también la Ley Nacional de Salud Mental No. 26.657 (2010); y la Ley No. 7.106: Disposiciones para el ejercicio de la Psicología (1984).

Teniendo en consideración la definición de salud mental que plantea la Ley Nacional No. 26.657, mencionada previamente dentro del contexto de la práctica, resulta indispensable tener presente en la práctica los cinco principios fundamentales propuestos por el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016). Haciendo principal hincapié en el respeto por la dignidad de las personas y los pueblos, rescatando valores tales como: el respeto por los derechos humanos, el valor único y la dignidad inherente a todos los seres humanos; el respeto de la confidencialidad de la información personal; el derecho a ser tratado con equidad y justicia.

Considero que el consentimiento informado de los destinatarios, en este caso, los usuarios con consumo problemático de sustancias, sea respetado. El hecho de permitir que un tercero observe las entrevistas que se llevan a cabo entre el profesional y los usuarios debe regirse justamente por el consentimiento informado del usuario y que de caso contrario, no se tendrá acceso a la información. Como se plantea en el Código de Ética (2016):

[...] esta obligación se sustenta en el respeto por la autonomía, entendiéndose que es válido cuando la persona que lo brinda lo hace voluntariamente y con capacidad para comprender los alcances de su acto. Ello supone capacidad legal para consentir, libertad de decisión e información suficiente y significativa sobre la práctica de la que participa. (p.7)

Otro aspecto de gran relevancia que destaco como futura licenciada en psicología, es el secreto profesional. En el Código de Ética del colegio de psicólogos de la provincia de Córdoba (2016) se plantea: “lxs psicólogxs tienen el deber de guardar secreto asegurando así la confidencialidad de todo conocimiento obtenido acerca de los destinatarios de sus servicios profesionales” (p. 10).

Es por esto, que en los registros de campo se resguardan los datos de los usuarios que pudieran identificarlos, tales como nombre, apellido, y demás. Se ha utilizado a modo de referencia un número para identificar a cada uno.

VIII. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

VIII.1. Recuperación del proceso vivido

El día 12 de Marzo de 2020 se llevaron a cabo las entrevistas en la Facultad de Filosofía y Humanidades para realizar las prácticas pre-profesionales supervisadas. Yo me postulé para realizarlas dentro del contexto clínico, específicamente dentro de la institución Sanatorio Morra. Fue un momento muy esperado de la carrera, el último gran paso antes de recibirme. Tenía muchas expectativas puestas en que iba a quedar seleccionada allí, pero a la vez, mucha incertidumbre ya que éramos muchos postulantes. El pasillo estaba lleno de murmulos, cada uno tratando de pasar el rato como podía. Algunos más nerviosos que otros. No podía evitar pensar qué podía llegar a pasar si no quedaba en la primera opción que había elegido. El Sanatorio Morra siempre me ha llamado la atención. Desde que tengo uso de razón me imagino trabajando ahí dentro. Era algo que podría decirse utópico, algo soñado. En el año 2019, en la materia de Psicología Clínica, tuve la oportunidad de realizar mis prácticas en el Hospital Neuropsiquiátrico de Córdoba, participando en los talleres de rehabilitación del área ambulatoria. Esta experiencia me permitió aprender mucho sobre cómo funcionan las instituciones de salud mental, pero a su vez me despertó mucho interés por conocer cómo se trabaja en salud mental pero desde un ámbito privado. El hecho de poder estar en contacto con los usuarios, me enriqueció mucho como persona y como futura profesional. Es por ello que la posibilidad de realizar mis prácticas pre-profesionales en el Sanatorio Morra significaba para mí otra gran puerta que se abría. A diferencia de varios talleres que también se llevaban a cabo en el Hospital Neuropsiquiátrico, en el taller que yo estaba realizando no había acceso al área de internación; entonces una de mis más grandes expectativas para este año dentro del Sanatorio tenía que ver con poder vivenciar en primera persona cómo funciona el área de internado, y también de tener la posibilidad de interactuar en este caso no sólo con usuarios ambulatorios sino también con usuarios internados.

El día después de las entrevistas, se tomó la medida en la Universidad Católica de Córdoba que no se iban a dictar más clases presenciales por precaución del COVID-19. Una medida que era esperable, pero nadie se esperaba que se prolongara tanto tiempo más. Algo que estaba claro es que, desde el momento en el que se suspendieron las clases, nada iba a volver a la normalidad de un día para el otro. La palabra pandemia comenzó a estar presente en todas las conversaciones, así como también en todos los medios de comunicación. Y es así

como se hacía más real. Algo que parecía tan lejano ahora nos afectaba a nosotros. Era inevitable no pensar en cómo esto iba a afectar las prácticas. El día que postularon los resultados, el día 19 de marzo, estábamos a un paso de que se declarara la cuarentena obligatoria. En el momento en el que vi que mi nombre estaba debajo del título “Sanatorio Morra” sentí una mezcla de sensaciones muy difíciles de explicar. Por un lado, muy feliz porque había logrado algo que en ese momento era lo que más ansiaba; y triste por otro lado, porque la situación en el país no parecía tener buen rumbo, e inevitablemente esto impactaba directamente en mis prácticas. Cuando llegó el momento en el que la cuarentena fue alargándose cada vez más, me tomó un tiempo entender lo que estaba pasando, y no tomarlo como algo personal. Los días pasaban y se acercaba el día en el que supuestamente ingresaríamos a la institución. Pero nada cambiaba, no había novedades ni tampoco alguien que pudiera quitarnos las numerosas dudas que todos teníamos. Uno de los mayores miedos que tuve en ese momento era perder el año lectivo, lo cual me generaba demasiada impotencia siendo que lo que se está viviendo es algo que nadie puede controlar; algo ajeno a nosotros. Cuando por fin tomé dimensión de la pandemia que estamos atravesando, ya no pude seguir pensando en las prácticas. Las expectativas que tenía desde el día en que la elegí, habían desaparecido. Ahora la única expectativa era poder acceder a la institución, por el tiempo que fuera posible.

Las semanas transcurrían sin tener noticias de la institución. Por el momento cumplíamos con los horarios de la materia de Prácticas Pre profesionales Supervisadas, separados en grupos por contexto y cada uno con su tutor. Pero más allá de tratar cuestiones formales, era poco lo que sentía que avanzábamos. Me fue muy útil el hecho de estar cursando materias de quinto año, por lo que mi cabeza no estaba todo el día esperando tener alguna noticia del Sanatorio sino que más bien estaba bastante ocupada. Se nos había aclarado en una clase conjunta que tuvimos todos los contextos que la práctica ya había comenzado, aunque sea en estas condiciones, y que el año no estaba perdido. Además de eso, la tutora nos comentó la posibilidad de tener un contacto con la referente del Sanatorio Morra. Fue una gran noticia, sentir que ahora sí nos adentrábamos en lo que respecta a la institución, pero sin embargo, era algo bastante inconcluso. No teníamos fecha ni hora pactada para la entrevista, ni tampoco teníamos novedades sobre la institución.

Cuando finalmente se nos comunicó el día y hora en que se iba a realizar la entrevista con la referente institucional del Sanatorio Morra, dio la coincidencia de que en ese mismo momento tenía un parcial que rendir. A toda la impotencia que sentía antes por la

imposibilidad de acceder a la institución, ahora se sumaba la decepción de no poder estar presente en ese momento. El primer contacto con la institución, me lo iba a perder. O mejor dicho, ni siquiera iba a llegar a conocer su cara, más allá de escuchar su voz en una grabación. Afortunadamente, horas antes de la entrevista, la tutora nos comunica que la licenciada había pedido adelantar el horario pautado, por ende yo iba a poder estar presente. Minutos previos a comenzar, los nervios empezaron a notarse. Esta vez no había un intermediario entre la referente y nosotras las practicantes. Nos conectamos el día 13 de Mayo, por Google Meet. Habíamos confeccionado una guía de posibles preguntas para realizar, que incluían desde aspectos más generales del funcionamiento del Sanatorio, hasta dudas personales que cada una de nosotras, las practicantes, pudiera tener. La entrevista fluyó sin ningún inconveniente. Claramente quedaron preguntas sin responder, porque era tan interesante todo lo que la licenciada nos mencionaba que la conversación iba siguiendo un rumbo al que no valía la pena interrumpir. La referente fue tan cálida y tan amorosa en su forma de contestar y de hablarnos que me hizo sentir que todo iba a estar bien. Ella hizo hincapié en que el Sanatorio estaba volviendo a funcionar con normalidad, y que era cuestión de tiempo hasta que estuviéramos reunidas personalmente. Cuando terminó la entrevista sentí, a pesar de toda esta situación, algo de esperanza por primera vez en varios meses. No fue una entrevista extensa debido a que la licenciada debía también acudir a otras reuniones, pero nos ofreció muy dispuesta a reunirnos otra vez para terminar de aclarar nuestras dudas y alentándonos a pensar en posibles temas de interés para nuestro trabajo final integrador.

El hecho de que la práctica ya hubiera comenzado, implicaba cumplir con la currícula planteada a principio de año. Esto es, trabajos prácticos evaluativos y parciales. Realizando el primer trabajo evaluativo, el cual trataba principalmente sobre lo que implica la sistematización de una práctica, me surgió una gran inquietud. Uno de los textos específicamente distinguía la investigación de la sistematización de la práctica, pero me costaba pensar cómo en esta situación en la cual no hay trabajo de campo se puede llevar a cabo una sistematización. Por lo pronto decidí no alterarme, sino más bien enfocarme en las próximas entregas que tenían que ver con el parcial de la materia. Hasta que llegó el día en que la tutora nos comunicó que las probabilidades de llevar a cabo una investigación y no una sistematización eran altas. En un comienzo me quedé perpleja al tener que pensar en posibles temas de interés siendo que no conozco la institución y que solamente había tenido un único contacto con la referente. Pero a la vez son muchos los interrogantes que me surgieron luego de aquella entrevista. Más que nada pensando en cómo esta pandemia nos afecta como

sociedad, me hizo pensar en cómo afecta también a los usuarios y miembros de la institución. Es una situación que, de mayor o menor forma, impacta sobre nosotros. Sobre algunos más, y sobre algunos menos, pero en fin, nadie está exento. Una cuestión que tuvimos muy en cuenta para preguntarle a la referente en la entrevista tuvo que ver con el impacto de dicha pandemia en los usuarios, en el funcionamiento de la institución, en las instalaciones, entre otras. Algo que he venido observando y que considero es muy frecuente hoy por hoy, es el hecho de que la salud física pareciera ser lo único que importa, dejando de lado la salud mental de las personas. Por ello me parece fundamental que se cuestione sobre el quehacer del psicólogo clínico en una situación como la que se está viviendo, porque claramente las exigencias y los desafíos a los que deberá enfrentarse han cambiado; y a su vez para darle a la salud mental la importancia que merece. De la entrevista con la referente destacué lo siguiente: a pesar de las medidas tomadas, siendo que es una situación que ocurre una vez cada cientos de años y que por ende no existe preparación para afrontarla, siempre tuvo prioridad el resguardo por la salud mental de los usuarios.

El tiempo continuaba avanzando, y así fue como logramos contactarnos con distintos profesionales de la institución. Tuvimos comunicación con profesionales del área ambulatoria en consultorios externos, del área de los dispositivos intermedios y del área de internado. Todos los encuentros fueron realizados de manera virtual debido a la imposibilidad de acceder a la institución. Pero más allá de no poder estar presentes, todos se mostraron muy cálidos y receptivos, lo cual fue de gran valor para sostener la motivación en tiempos de aislamiento. De a poco fuimos adentrándonos en la institución, conociendo datos más específicos que los que habíamos podido extraer de un primer encuentro con la referente institucional. Era tanta la información que obtuvimos en los encuentros que era difícil definir un único tema de interés. De a poco, fui descartando algunas opciones que tenía en mente, y esto fue gracias a la ayuda de una de las profesionales del área de internado quien nos brindó la posibilidad de presenciar de manera virtual entrevistas que ella llevaba a cabo con los pacientes. La licenciada en psicología se desempeñaba en uno de los pabellones del área de internado, específicamente el pabellón número tres. Este servicio tiene la particularidad de que, si bien recibe todo tipo de patologías, el 90% de los usuarios que allí asisten presentan patologías asociadas al consumo problemático de sustancias. El eje dentro de este pabellón está puesto en el tratamiento farmacológico de los usuarios, principalmente trabajando la desintoxicación de los usuarios.

En el pabellón número tres, cumpliendo con toda la reglamentación requerida para el distanciamiento social, los equipos se alternaban para asistir al sanatorio semana de por medio. Es decir durante toda una semana, siempre que el usuario internado estuviera de acuerdo, presenciábamos las entrevistas clínicas con la licenciada, pero no podíamos intervenir sino que más bien hacíamos de observadoras no participantes. Una vez finalizada la semana, sabíamos que debíamos esperar quince días para volver a repetir lo que ya veníamos realizando. Los usuarios que teníamos la posibilidad de escuchar, se encontraban dentro de un rango etario que abarcaba desde los 18 años hasta aproximadamente los 65 años. Salvo alguna que otra excepción, todos presentaban consumo problemático de sustancias. Comencé entonces a prestar más atención a las intervenciones de la profesional, más allá de solamente centrarme en el relato del usuario. Empecé a notar como gran parte de estas intervenciones que realizaba la psicóloga estaban más bien destinadas a generar conciencia en el usuario, conciencia de enfermedad en otras palabras. Y así fue como de repente comencé a cuestionarme sobre el rol del psicólogo clínico en el tratamiento de usuarios con consumo problemático de sustancias. Pero más específicamente me interesaba lo que se genera en el usuario; y con ayuda de mi tutora fue como pude ponerle una palabra a esto que me interesaba: la responsabilidad subjetiva. Definiendo así mi eje de sistematización abarcando tanto el rol del psicólogo clínico, como la responsabilidad subjetiva.

Paulatinamente se fueron concretando encuentros con nuevos profesionales. Uno de ellos, quien realiza su labor tanto en comunidad terapéutica como en el área ambulatoria, se mostró muy predispuesto a dejarme formar parte de un taller de grupo terapéutico. Este grupo compartía una misma característica que los usuarios que venía observando: también presentaban consumo problemático de sustancias. La única diferencia, es que ya no se encontraban internados, por ende la desintoxicación ya había finalizado. Estos talleres se regían por medio de algunas reglas, tales como no juzgar al compañero ni su relato, estar a horario, no faltar, entre otras. De a poco me fui adentrando en estos talleres, a modo de observadora, enfocándome en la palabra de los usuarios. Es mucho lo que se puede descubrir si uno presta atención a los discursos de los usuarios. Algunos miembros del grupo fueron quedando atrás, ya sea por no cumplir con las reglas como por no cumplir con el contrato. A pesar de esto, hasta el momento el grupo se mostró muy comprometido con el tratamiento. La idea principal de este taller llamado “Grupo de Adicciones” es que el malestar se pueda conversar entre todos así no se convierte en un malestar adictivo. En cada taller se asignaba una tarea para la próxima semana, que luego sería puesta en común y conversada con el resto

del grupo. Escuchar a cada usuario abrirse y expresar lo que esté atravesando me ha ayudado incluso más que cualquier teoría.

En estos talleres me permitieron a su vez ir profundizando mi conocimiento en el tema de consumo problemático. Con cada tarea, se lograba un mayor nivel de reflexión en los usuarios. Esto incluso fue mencionado en uno de los talleres por un usuario, haciendo alusión a que cada tarea es parte del tratamiento, ya que brinda a cada uno un momento para pensar. En el segundo taller que presencié, la tarea consistía en realizar un escrito que explicara qué es la adicción, pero contándolo en primera persona. Las producciones realizadas por los usuarios fueron realmente movilizadoras, e incluso algunas me dejaron perpleja. Considero que la causa por la cual estas producciones me movilizaron tanto es porque nunca me había detenido a cuestionarme sobre lo que siente el usuario con consumo problemático, sino que más bien es un tema que ha sido siempre bastante ajeno a mí. Luego de este taller, empecé a tomar dimensión de lo duro que es para estos usuarios el tema de cumplir con el contrato de “no consumo”. Si bien todos han mencionado abiertamente que cuentan con el apoyo de sus familiares y sus seres queridos, es mucho lo que se necesita trabajar a nivel individual para llevar a cabo el tratamiento. También se mencionó reiteradas veces que incluso teniendo la posibilidad de consumir, ellos han decidido que no querían. El hecho de contar con reservas, es un arma de doble filo. Para algunos es quizás más fácil decir que no, pero para otros es más complicado. Algo que destaco, es que todos los usuarios del grupo fueron capaces no sólo de identificar cuáles eran sus reservas que los acercaban a la tentación de consumir, sino que fueron capaces de encontrar por sus propios medios soluciones a éstas. Logrando así, que el poder de decisión esté en ellos y no en su entorno.

A medida que avanzaban los talleres de los días Lunes, comenzó a hacerse notoria la ausencia de ciertos participantes del grupo. Primero uno, luego otro, y así sucesivamente. Se nos comunicaba que ya no formarían parte del grupo terapéutico por no haber cumplido el contrato. En otras palabras, habían sufrido recaídas, por ende el tratamiento debía volver a comenzar de cero. Ante esto, el psicólogo destaca la importancia de poder hacer un esfuerzo que permita continuar el tratamiento a pesar de no encontrar motivación. Las tareas se enfocaron principalmente a abordar el tema de la personalidad adictiva, incluyendo de a poco la temática de la familia. Algunos de ellos llegaron a la conclusión que una de las puertas de entrada a su consumo fue la búsqueda de aceptación por parte de su familia. El grupo reducido no duró mucho tiempo, ya que a principios del mes de Noviembre se incorporaron cinco nuevos usuarios. La dinámica del taller se tornó un poco tediosa al ser tantos

participantes, por lo que se decidió que a partir del mes de Diciembre el grupo se dividiría en dos. Cada uno de ellos estaría coordinado por un psicólogo distinto.

Los temas recorridos en cada taller eran variados, pero los usuarios hicieron mucho hincapié en la dificultad que genera poder controlar los distintos estados anímicos, muchos de los cuales están relacionados a la posibilidad de volver a consumir. Uno de ellos destacó algo muy importante respecto al tratamiento. Destacó que en el consumo problemático no hay que victimizarse, sino que hay que asumir la responsabilidad de lo que uno hace, y si es necesario pedir ayuda, entonces debe hacerse eso. En otras palabras, apuntaba a que se debe ser capaz de identificar cuando falta algún soporte del tratamiento que ayude a lograr la estabilidad si no la hay.

IX. ANÁLISIS Y SÍNTESIS

Retomando los planteos de Jara (s/f) mencionados anteriormente, el análisis de la experiencia correspondería al último de los cinco tiempos para sistematizar que propone el autor. En este apartado se hará una reflexión, intentando analizar, sintetizar y lograr una interpretación crítica del proceso. Para ello, el análisis de la experiencia vivida a lo largo del año 2020 se divide en tres grandes ejes, guiados por los objetivos propuestos: describir las estrategias implementadas por parte del psicólogo clínico, para favorecer la responsabilidad subjetiva en los usuarios con consumo problemático; identificar los niveles de responsabilidad subjetiva en el discurso de dichos usuarios; y por último, describir los efectos de la responsabilidad subjetiva en el tratamiento de los usuarios con consumo problemático.

Para comenzar, en lo que concierne a las estrategias implementadas por el psicólogo clínico, se hace una distinción entre las estrategias que han de implementarse en las dos áreas en las que se participó.

Asimismo, en función de las entrevistas a usuarios que se han presenciado, se intentará identificar en dichos discursos los distintos niveles de repsonsabilidad subjetiva, teniendo en cuenta también la cuestión de la reincidencia en el consumo.

Por último, se describirán los efectos de la responsabilidad subjetiva en el tratamiento de los usuarios con consumo problemático, que se han vislumbrado a lo largo de la experiencia.

IX.1. Estrategias implementadas por el psicólogo clínico en el tratamiento del consumo problemático

Posicionar la mirada sobre el quehacer de los profesionales psicólogos surgió luego de varios encuentros virtuales. En los mismos se hizo hincapié en cuestiones del contexto de pandemia que se estaba atravesando. Así como también se resaltaron cuestiones referidas a los usuarios de salud mental, el estado en el que llegan a la institución, cómo se han visto afectadas las internaciones, entre otras. Es por ello que a lo largo del proceso surgió el siguiente interrogante: “¿Acaso alguien se ha preguntado por los profesionales luego de tomar estas medidas?” (Registro de campo del día 15/05/2020, p.13). En este apartado se procederá

No obstante, la pandemia trajo aparejados numerosos desafíos para la institución. Particularmente en el área de internado, las admisiones fueron suspendidas por un breve período de tiempo para evitar la propagación del virus. Con el pasar de los días, se llegó a la conclusión que no se podía seguir posponiendo la atención en salud mental, y por ende, se construyó un nuevo pabellón con el objetivo de poder admitir nuevos usuarios. Asimismo, los equipos de profesionales debieron reorganizarse. Mejor dicho, los equipos fueron divididos en dos, debido a las restricciones a cumplir; intercalándose entre sí. Un equipo acudía una semana a la institución, mientras que el otro equipo acudía la semana siguiente. De esta manera, se lograba cumplir con el distanciamiento social previniendo así que el virus circulase por el pabellón.

Una vez que el usuario ha sido admitido en la institución y ha firmado el consentimiento informado, resulta de gran utilidad la aplicación de la psicoterapia psicoanalítica focal y breve. Esto se debe a que los tiempos de internación son limitados. Es por ello que “resulta más adecuado trabajar con focos para así incluso poder ir viendo resultados” (Registro de campo del día 02/07/2020, p.25). Como previamente se menciona, la responsabilidad subjetiva implica que el usuario pueda responsabilizarse de su propio padecer, hacerse partícipe en la etiología de su síntoma. Se reconoce así que por medio del tratamiento focalizado en el área de internación, siempre poniendo acento en la singularidad del usuario, las intervenciones realizadas por los profesionales buscan propiciar un efecto de subjetivación en quien consulta. En numerosas ocasiones se destacó que “el cambio tiene que venir desde adentro”. Es por ello que desde el rol del profesional se trabaja mucho desde la motivación del usuario, así como también con la red familiar y de amigos. Teniendo en cuenta que en el consumo problemático se tiende a manipular y engañar (tanto a sí mismo como a los otros), se tornó indispensable que la profesional estuviera alerta para no caer en este juego. No se puede pasar por alto que es el usuario mismo quien puede tomar la decisión de detener el consumo, por más ayuda externa que reciba. Esto sólo se logra si el usuario está dispuesto a asumir la responsabilidad del malestar que lo aqueja, ya que únicamente así la decisión de detener el consumo sería duradera. “Depende de ellos mantener la condición de adicto o no. Va más allá de seguir consumiendo o no, hay que hacerse responsables por ellos mismos, motivarlos a entender que el cambio también viene desde adentro” (Registro de campo del día 13/08/2020, p.46). En relación a la aplicación del psicoanálisis en el abordaje individual del consumo problemático, Sotelo et.al (2013) destacan lo siguiente:

[...] no aloja a un adicto, sino que a partir de interrogar cuál es el lugar o la función de la droga para ese paciente, apuesta a la emergencia de un sujeto [...] Para ello, hasta tanto el objeto droga no sea cuestionado y pase a ser un problema para el sujeto, no hay análisis posible. (p. 176)

En el área de internado, como se mencionó anteriormente, se debió evaluar la cuestión manipuladora en los usuarios con consumo problemático. Se recalcó que “si el sujeto se encuentra más adherido al tratamiento, será compensado y puede llegar al alta. Muchas veces el paciente adicto se desintoxica, dice estar bien, y luego vuelve a consumir. Suele haber mucha manipulación por parte del sujeto” (Registro de campo del día 15/07/2020, p.29). Por esto, más allá del enfoque teórico puesto en práctica por la profesional, es pertinente también tener en cuenta las cuestiones del estilo personal de la misma. Es sabido que el abordaje del consumo problemático suele ser un gran desafío a causa del engaño y manipulación que ejercen los consumidores sobre el terapeuta. Sin embargo, en las entrevistas observadas se destaca la distancia emocional que respetaba la licenciada con respecto a la relación terapeuta-paciente. Esta distancia, también llamada distancia operativa, se manifestó principalmente en el rol directivo que ejercía la misma. Lo que Fiorini (s/f) denomina un papel esencialmente activo del terapeuta. En todas aquellas situaciones en las que los usuarios expresaban su malestar, las intervenciones de la licenciada apuntaban a generar un clima de confianza y cooperación, a la vez que los impulsaba a asumir un mayor compromiso con el tratamiento. La siguiente viñeta se presenta a modo de ejemplo para ilustrar una situación presenciada con uno de los usuarios en tratamiento. El mismo manifestaba el deseo de abandonar el tratamiento. Expresaba también que si la internación había sido voluntaria, por ende el alta también debía ser así. Ante la mala predisposición del usuario, la licenciada pone en marcha una especie de negociación, logrando que el usuario continúe el tratamiento y a la vez generando un clima más permisivo.

[...] Si el paciente se va de la institución sin terminar el tratamiento, va a volver a caer en las drogas. Finalmente [...] le ofrece al usuario que si se queda a terminar el tratamiento, y muestra buena predisposición, va a realizar algunos ajustes en su tratamiento, como por ejemplo, transferirlo a otro pabellón en el cual tenga más libertades. Ante esto, el usuario se retira diciendo “trato hecho”. (Registro de campo del día 28/07/2020, p.37)

En la viñeta anterior se deja entrever la habilidad de la licenciada para poder trabajar con la fase de motivación en la que se encuentra el usuario. En este caso, al tratarse de una falta de motivación, se logró que en lugar de sentirse juzgado, el usuario alcance un nuevo nivel de compromiso con su tratamiento. Se observó también que, más allá de explorar e interrogar, las intervenciones de la terapeuta alentaban a los usuarios a “la asunción de roles que fortalezcan su capacidad de discriminación y ajuste realista” (Fiorini, s/f, p.28). Las intervenciones se encontraban dirigidas a ayudar a los usuarios en la elaboración de proyectos personales, con metas que implicasen la adquisición de cierto bienestar y autoestima. Esto implica dirigir el esfuerzo “no sólo hacia el incremento de la conciencia de enfermedad, sino también hacia una más clara conciencia de perspectivas personales” (Fiorini, s/f, p.28). Son intervenciones que, a su vez, esclarecen, señalan y confrontan aspectos significativos de la conducta de los usuarios.

[...] Tenés que desubrir tu propia trampa, porque sino vas a volver a caer en lo mismo. Si tenés otra internación no vas a tener opciones porque el juez te va a mandar a una comunidad cerrada [...] vos tenés que tomar conciencia que la adicción es una enfermedad crónica y orgánica”. (Registro de campo del día 27/08/2020, p.48)

Planteado esto, se destaca que el rol del terapeuta en este tipo de psicoterapia es más bien orientador y activo. Esto constituye una de las principales diferencias en cuanto a una técnica standard, en la cual, el rol del terapeuta es más bien pasivo, limitándose a interpretar el material que aporta el usuario espontáneamente. En este caso, el hecho de que sea la terapeuta quien introduzca en sesión sus iniciativas para la confrontación, y que promueva el diálogo, es un componente fundamental y específico de la técnica. La terapeuta opera manteniendo un foco, más bien, “aquella interpretación central sobre la que se basa todo el tratamiento” (Fiorini, s/f, p.31). Se lleva al usuario hacia ese foco por medio de interpretaciones parciales y atención selectiva, lo que significa el esfuerzo por dejar pasar cierto material, por más atractivo y tentador que sea, siempre que sea irrelevante o alejado del foco.

IX.1.2. Abordaje en el área ambulatoria

En el área de internado, no se cuenta con una modalidad de internación domiciliaria. En cambio, en el área ambulatoria sí están preparados para la telemedicina, por ende los encuentros se llevaban a cabo de manera virtual mediante la plataforma Skype. La importancia de estar preparados para adentrarse en el mundo de lo virtual, radica en que se garantiza así la continuidad del tratamiento de los usuarios. Como se planteó anteriormente, al comenzar la pandemia, las internaciones debieron suspenderse temporalmente, por ende toda aquella persona que quisiera ingresar a la institución debía posponerlo. Asimismo, esto también aseguró que los usuarios pudieran tener un acceso pleno al tratamiento, recibiendo asistencia médica y psicológica de manera virtual.

En una comunicación personal con el profesional psicólogo se comentó que, a diferencia del área de internado, en el área ambulatoria se trabaja desde la teoría cognitiva conductual, específicamente desde la tercera ola. Se aplican principalmente terapias contextuales y mucho señalamiento. En esta área se trabajó por medio de dispositivos grupales, llamados *Grupos de adicción*, donde los usuarios “pueden hablar, compartir su malestar con el grupo, para así evitar que se transforme en un malestar adictivo” (Registro de campo del día 21/09/2020, p.55). En dichos dispositivos grupales se deja entrever este “espacio de conversaciones liberadoras” que plantea Romero Romero (2008).

En los grupos terapéuticos existían ciertas reglas, que contribuían al funcionamiento y duración de los mismos. Algunas de ellas consistían en no juzgar, ni a los compañeros ni a sus relatos; lo que se habla en el grupo, queda en el grupo; se levanta la mano para hablar; se espera antes de interrumpir a otro compañero; entrar a horario; si se falta más de dos veces se da por concluido el tratamiento ambulatorio, teniendo que empezar de nuevo y perdiendo a sus compañeros de grupo; entre otras. Se iba formando así la “ilusión grupal” de la que habla Gómez (2017). Durante las dos horas semanales que duraba la reunión, los usuarios se aconsejaban, se respondían, y comentaban situaciones propias para mostrar apoyo. Dicho de otra manera:

Es importante que seamos de espejo para saber cómo cada uno lidia con los malestares, con los sentimientos, la tristeza [...] Tal vez puedo robar algo de eso que me pueda ayudar a mí. Ir redescubriendo qué nos va sirviendo a través de lo que le va sirviendo al otro. La idea es robarnos habilidades para estar cada vez mejor.

Aprovechen este espacio que pueden realizar preguntas abiertas. (Registro de campo del día 19/10/2020, p.72)

Con respecto al quehacer del psicólogo en el tratamiento de consumo problemático, se destaca lo siguiente:

Muchas veces el rol del psicólogo es ayudar al usuario a ver las consecuencias que le ha causado la adicción, tanto en lo económico, en lo laboral, en lo familiar, entre otras. También es ayudarlo a construir metas, sueños, que sean un imán para eso. La primera respuesta siempre es la familia, son ellos quienes pueden poner algún tipo de límite allí donde aparezcan las consecuencias del consumo, de la vida adictiva. Es importante trabajar con la familia porque muchas veces hay una negación muy grande. En cuanto a nivel individual, se intenta hacer siempre lo mejor posible, focalizando en todas las consecuencias. [...] Se trabaja mucho con el tocar fondo, es decir, se trabaja sobre cuáles fueron los motivos que llevaron hasta ahí al usuario, se ven las condiciones desde lo farmacológico, es decir, si está en condiciones cognitivas de ver las consecuencias; y se intenta resignificar cada anécdota que tienen [...] Asimismo se indaga y construye el camino hacia las consecuencias. (Registro de campo del día 15/09/2020, p.51)

Asimismo, en el grupo de adicciones, el tratamiento utiliza como guía un manual llamado “Querer no es poder” de Arnold Washton. Se piensa en el tratamiento ambulatorio como aquello que le sigue a la terapia individual. Se trabaja con el diálogo para poder así poner en palabras el malestar que siente cada uno. La idea es “poder hablar por acá y plantearlo a pesar de las emociones” (Registro de campo del día 21/09/2020, p. 57). Las temáticas abordadas no se elegían al azar. El psicólogo, luego de escuchar lo que los usuarios tenían para decir, utilizaba alguno de esos comentarios como disparador reflexivo para los miembros del grupo. Más allá de las intervenciones que éste realizaba, fomentaba a los demás miembros a participar y animarse a intervenir. Incluso en numerosas ocasiones se presentó la negativa de algunos usuarios a participar puesto a que sentían que no estaban en ningún lugar de dar consejos. No obstante, se les recalca la importancia de participar a nivel grupal: “es importante que compartas con el grupo [...] sirve mucho escuchar otro punto de vista” (Registro de campo del día 05/10/2020, p.68). Es mediante estos dispositivos grupales que cada uno de los miembros pudo ir trabajando y elaborando su malestar. Quizás podría pensarse que el valor del trabajo en grupo radica en que los usuarios no se sienten juzgados,

puesto que el consumo es una problemática que trae aparejada una connotación negativa en quien la padece. ¿Será que entonces la identificación con el grupo de pares es una vía para lograr los objetivos del tratamiento del consumo problemático? Este interrogante resulta interesante, puesto que si bien los usuarios ubicaban al profesional como figura del saber, las palabras de sus compañeros tenían gran impacto sobre ellos. En esta área, el rol del psicólogo no se caracterizaba por ser directivo, sino más bien de escucha, siendo que quienes manejaban el rumbo de la conversación eran los mismos usuarios.

IX.1.3. Abordaje integral

Retomando los planteos de Mayer (2004) explicitados apartados anteriores, tanto el tratamiento en el área de internado como el tratamiento en el área ambulatoria no serían contrapuestos, sino que más bien se complementan. Como sostiene el autor, el abordaje terapéutico del consumo problemático debe ser singular, integral, con un abordaje familiar, y también brindar un tratamiento ambulatorio. Por un lado, al hablar de integral podemos remitirnos a lo que la Ley Nacional de Salud Mental N. 26.657 se refiere con dejar de lado el discurso médico hegemónico, para dar lugar al discurso de los derechos humanos y de la interdisciplina. Es por ello que, con respecto a la institución, se comentó lo siguiente:

siempre se trabaja con la verdad; se les dice a los usuarios qué medicación toman, se trata de naturalizar el ambiente, que sea lo menos institucional posible. Se piensa en el paciente en el afuera, forma parte de la reinserción. No es solamente solucionar lo agudo, sino seguir trabajando en lo que hay después. Darle las herramientas al paciente y a la familia para sostener una buena evolución. (Registro de campo del día 04/08/2020, p. 44)

Destacamos que en ambas áreas, de internación y ambulatoria, se trabaja desde la interdisciplinariedad: “El tratamiento es tanto psicológico como psicofarmacológico; también hay nutricionistas, y en caso de ser necesario, un médico clínico también. Es muy integral” (Registro de campo del día 29/07/2020, p.38). En otras palabras, se contempla al individuo no como ser aislado sino como inmerso en un contexto social. Esto nos lleva inevitablemente a la cuestión del abordaje familiar. En el área de internado, al comenzar la pandemia se

prohibieron las visitas a los usuarios. El hecho de no poder ver a sus familias pudo haber tenido efectos no tan deseados en el tratamiento de los mismos, pero se destaca la importancia de las entrevistas familiares porque “más allá de ser fructíferas a los fines de la psicoeducación, permiten ver lo que la familia le atribuye al paciente” (Registro de campo del día 13/07/2020, p.28). Se comentó a su vez que en el tratamiento del consumo problemático se trabaja mucho con la red familiar o red de amigos, en otras palabras, redes de contención. “Es obligación poder contar y trabajar con alguien más del entorno que esté dispuesto a acompañarlo en el tratamiento, porque la persona si o si va a necesitar de otro” (Registro de campo del día 24/07/2020, p.35). Esto nos lleva a comprender el papel central que juega la familia en este tipo de tratamientos.

Siempre se trabaja en concordancia con la familia. Primero está el espacio de escucha como espacio de intervención, se trabaja en la contención verbal, tratar de desactivar ideas de abandono del tratamiento, se trata de buscar factores que motiven a querer continuar con el tratamiento. (Registro de campo del día 24/07/2020, p.35)

Incluso puede ocurrir que en la familia exista un sistema codependiente que haya permitido que la situación llegue a un cierto punto. Esto mismo es lo que se nos explicitó en un encuentro con el licenciado a cargo:

En cuanto al abordaje con familia, suele haber mucha manipulación. Generalmente en la adicción hay un sistema codependiente: suele ser la madre, el abuelo, etc. Es un canal directo con la persona. Por ejemplo si el usuario está triste, la madre también lo está. El usuario no ve las consecuencias de cada una de sus acciones, y cuesta mucho romper el patrón codependiente con la familia. Generalmente, cuando llegan al sanatorio ya se ha roto ese patrón. La familia no lo puede ver y cree que desde el amor incondicional está ayudando al hijo. [...] La terapia individual no suele alcanzar; la idea va por la psicoeducación familiar. Si la familia empieza a ponerle límites al paciente, genera el motor de cambio. Éste empieza a ponerse incómodo, por ejemplo, no tiene comida, no tiene plara, entre otras. Si no se ponen límites, colaboran en que la adicción progrese. (Registro de campo del día 15/09/2020, p.51)

Resulta menester destacar que una de las razones por la cual es importante que el consumo problemático se aborde de manera integral es que es justamente este consumo el que comienza a tener consecuencias negativas en el usuario, así como también conduce a efectos perjudiciales en distintos aspectos de la vida de la persona. En numerosas ocasiones, los

usuarios comentaron que la sustancia comenzó a ocupar un lugar central en su vida, tal es así que empieza a influir en ámbitos que van más allá de lo personal. Expresaron cómo la sustancia había comenzando a repercutir en su pareja, en su familia, en el ámbito laboral, en el ámbito de las amistades, entre otros. Asimismo, se corresponde con la nueva normativa en Salud Mental. Esta modalidad de abordaje no sólo va de la mano con el cambio de paradigma sino que también, al pensar al individuo como inserto en redes, permite que estas mismas redes se vayan fortaleciendo. El hecho de que la ley propicie un tratamiento integral contribuye a que no exista ya una jerarquía por parte de la medicina como disciplina hegemónica.

Partiendo del término de salud como un “estado bio psico social”, queda claro entonces que hay numerosas variables implicadas. Además, la participación de diversos profesionales garantiza el cumplimiento de los derechos humanos así como también favorece una correcta reinscripción social del sujeto. El abordaje interdisciplinario, o integral, no sólo propicia un enfoque más ético para el tratamiento en salud mental, sino que reconoce que las disciplinas no son completas en sí. En otras palabras, se trata de una mirada holística, que contempla el todo, pero que no se reduce a cada una de sus partes. Por ello resulta esencial no sólo abocarse al sujeto en su singularidad, sino también al entorno que lo rodea.

IX.2. Los niveles de responsabilidad subjetiva en el discurso de los usuarios con consumo problemático

A lo largo de los encuentros presenciados, son numerosos los testimonios que se han podido recopilar. Asimismo, éstos han facilitado la comprensión del lugar que ocupa el consumo en la vida de los usuarios. En este caso, referimos a lo que Ibáñez (citado en Muñoz Sandoval, 2011) define como discursos de la droga. Dichos discursos, que surgen de los propios consumidores, han permitido identificar dos polos opuestos en lo que respecta a la responsabilidad subjetiva. Por un lado, se identificó aquellos discursos en los que el sujeto se hace partícipe y responsable del consumo; y por otro lado, aquellos en los cuales se niega totalmente el consumo como problemática.

Tal como se mencionó anteriormente, en el área de internado se lleva a cabo principalmente lo que se llama una “desintoxicación” y un abordaje psicofarmacológico. Hay que tener en cuenta que en el momento de la internación, el consumo todavía es considerado como parte de lo agudo, algo a resolver lo más rápido posible. Es por ello que en los encuentros presenciados, son pocos los usuarios que han podido poner en palabras el lugar que ocupa la sustancia para ellos, así como el sentido que le dan a este consumo. Más bien en esta área se observaron mayoritariamente intervenciones por parte de la psicóloga. Las respuestas de los usuarios solían consistir en simplemente asentir con la cabeza. Únicamente uno de los usuarios internados hizo alusión a lo que implicaba el tratamiento para él: “Quiero salir y que mis amigos me vean bien. Una vez que los vea, recién ahí les voy a contar de la internación” (Registro de campo del día 21/08/2020, p.49).

Por otra parte, en los talleres del área ambulatoria, lo que predominaba era el diálogo. Esto se debe justamente a algo que mencionó uno de los usuarios: “La adicción nace del adicto, que viene de a (no) dicto (hablar) [...] se empezó a llamar adictos a los que callaban muchas cosas” (Registro de campo del día 28/09/2020, p.59). En uno de los talleres, los usuarios tenían la tarea de explicar qué es para ellos la adicción. Si bien contaban con un material teórico en el cual basar su definición, la consigna consistía en explicar lo que cada uno vivencia. Las producciones fueron muy fructíferas y esclarecedoras. Uno de ellos decidió utilizar una analogía para explicarlo:

Adicciones: el comienzo es como llegar al mar por primera vez. Se tiene una sensación excitante. Tanto así como un panorama infinito. Uno de a poco va tocando el agua, se va adentrando de a poco en las olas. Esto da una sensación increíble de felicidad y adrenalina. Entonces, te animas a adentrarte en las olas más y más, pero después de adentrarte cada vez más, dejás de ver la costa. Con muy poca preocupación, ya que la sensación sigue siendo la misma. Pero, después de un tiempo, quedás varado, aferrado a un flotador el cual es lo único que te ayuda a evitar la desesperación de estar mar adentro solo. Sin ver barcos, sin ver auxilio, aferrado a ese flotador. Solitario, casi naufragando. Si uno pone voluntad para cambiar, se anima a soltar ese flotador, y empieza a nadar con todas sus fuerzas. Después de un largo esfuerzo, empieza a ver la orilla. Con lágrimas en los ojos empezás a ver que tus seres queridos te esperan en la orilla con una toalla para envolvete fuerte. Uno queda cansado, a veces con miedo de volver a naufragar en la soledad. A veces no tanto, a veces algunos quieren volver a nadar. No es mi caso, yo

quiero estar en la costa, calentito, observando el panorama. (Registro de campo del día 28/09/2020, p.60)

La cita anterior permite vislumbrar cómo el usuario se posiciona a sí mismo desde un punto de vista autónomo y activo, no dependiente de la sustancia. Asimismo se recalca cómo el consumo es un hábito que puede cambiarse por medio de la voluntad. Esto mismo podría considerarse un indicador de la presencia de responsabilidad subjetiva. Es este mismo usuario quien, en encuentros más adelante, destacó la importancia que tiene en el consumo problemático el hecho de ser capaz de pedir ayuda. Aquí es donde cobran gran importancia los otros significativos. Tanto miembros de la familia, redes de amigos/terceros, el psicólogo, incluso también los demás miembros del grupo de adicciones. El usuario expresa “Está bueno apoyarse un poco en los demás y no querer salir de esto todo el tiempo solo [...] digo que yo puedo con todo y no es verdad, sino no estaría acá hace rato” (Registro de campo del día 19/10/2020, p.73). Otro testimonio en donde se deja entrever lo planteado anteriormente en relación a asumir una posición activa, es el siguiente:

Siempre sentía que necesitaba de la sustancia para disfrutar más las actividades, necesitaba saciar algo que no sabía de dónde venía o por qué tenía que caer en el consumo. Vivía preocupado por no quedarme sin, con situaciones que no podía manejar, sintiendo impotencia. Estoy más tranquilo en el presente, por poder tomar decisiones y poder vivir sin sustancias, [...] yo siempre viví todo con culpa. (Registro de campo del día 28/09/2020, p.61)

A medida que avanzaban los talleres, las tareas que el psicólogo pedía a los usuarios iban variando, pero siempre enfocadas a promover en ellos un momento de reflexión, tanto de su situación actual como también de su disposición a cumplir con los términos del tratamiento. El espacio de escucha los minutos iniciales de cada taller siempre estaba presente. Es en uno de estos momentos donde uno de los usuarios que acababa de ingresar al grupo terapéutico quiso compartir lo siguiente:

El fin de semana pasé por una prueba de fuego, como muchas que me van a tocar. Fui a visitar a un familiar, la pasé espectacular sanamente, y eso me llenó el alma en cuanto a lo que voy haciendo en el tratamiento. Sigo adelante con todas las pilas. La pasé bien con mi familia y fue un día memorable. Había bebidas, por lo que era muy fácil consumir. No porque mi familia tuviese, sino porque conseguir sustancia hubiera sido muy fácil. Reitero, pasé un día muy lindo y sobre todo sano. Esto me da

fuerzas para seguir con el tratamiento. No tomé ni consumí, vi feliz a mi mujer y a mis hijos que son los que me acompañan en este tratamiento. Estaban muy felices de que yo haya podido pasar por esas situaciones y no tomar ni consumir nada. (Registro de campo del día 09/11/2020, p.89)

A pesar de la capacidad del usuario de no consumir, el psicólogo no se mostró de acuerdo con lo expresado. Destacó que si bien es importante que ante tanto estímulo, haya podido tener la voluntad de no consumir, en el tratamiento del consumo se tiende a estar vulnerable y que por ende no recomienda exponerse a situaciones en las que consumir se vea tan facilitado. Más allá de la intervención del profesional, el usuario fue felicitado por sus compañeros de tratamiento, quienes al igual que él consideraban que mantenerse sobrio era un gran paso.

En otra oportunidad, uno de los usuarios expuso que aún está en contacto con su grupo de consumo, expresando: “Yo marihuana ya dejé de fumar, pero me sigo juntando con gente que sí fuma. Cada vez que me junto, tengo que tomar la decisión” (Registro de campo del día 05/10/2020, p.69). Seguido a esto, se le pregunta qué siente en esos momentos en los cuales decide no consumir, estando con gente que sí lo hace y le ofrece sustancia. Y en su respuesta se destaca el esfuerzo que el mismo hace para no ceder ante la tentación. El usuario responde:

Lo primero que me genera es orgullo, porque tengo la posibilidad de elegir y porque tengo la posibilidad de hacerlo, de consumir, y así y todo no lo hago. También me genera un poco de deseo de consumir; pero más que nada orgullo. (Registro de campo del día 05/10/2020, p.69)

El miedo a las recaídas es una temática que apareció con frecuencia en los talleres. Si bien varios usuarios dejan plasmado en sus discursos la voluntad de cambiar el hábito de consumo y de asumir la responsabilidad del mismo, no pasaron por alto el hecho de que se trata de algo muy delicado. Expresan el miedo a perder el control, a no poder controlar más sus impulsos y emociones y por ende recurrir al consumo. Asimismo se destaca el papel fundamental tanto de la terapia como de la medicación en el tratamiento. En función de estos miedos, en uno de los encuentros, el psicólogo los invita a pensar cuáles son sus reservas, es decir, todo aquello con lo que especulan y que hace que se pueda mantener la disponibilidad del consumo adictivo. Uno de ellos quiso compartir con el grupo su reserva, y en dicho testimonio hace hincapié en el compromiso que está asumiendo con el tratamiento.

Yo ni siquiera uso la tarjeta. No me siento capacitado para hacerlo. El otro día tuve que sacar plata y le pedí a mi mamá que lo haga ella, que no me siento capacitado para hacerlo. Tengo mucho diálogo con mi mamá, entonces creo que eso me va fortaleciendo en eliminar mis reservas día a día un poquito más; hasta eliminarlas del todo. Estoy muy abocado con el tratamiento, no quiero que nada me desvíe de las cosas que tengo que hacer para seguir con el tratamiento al pie de la letra. (Registro de campo del día 19/10/2020, p.76)

Aprender a no especular con las reservas de cada uno es un gran paso dentro del tratamiento del consumo problemático. Pero, el psicólogo destaca que: “las recaídas tanto en conducta como en sustancia son parte del tratamiento. Esto es una lucha constante, y hay que seguir adelante” (Registro de campo del día 30/11/2020, p.98).

No obstante, a pesar de aquellos usuarios que reflejaban gran compromiso con el tratamiento y que se esforzaban por mejorar día a día, se identificó que había usuarios a quienes se los podría ubicar en el polo opuesto de lo anteriormente mencionado. Con eso nos referimos a usuarios que no consideran el consumo como una problemática, que niegan que exista la necesidad de algún tipo de ayuda. Dicho de otro modo:

Yo creo que somos grandes, y cada uno tiene la solución. Yo lo veo desde ese punto [...] No quiero más problemas en mi vida, las soluciones las tienen ustedes, no yo. Siempre voy a priorizar a mi familia, y estoy priorizando el grupo sólo para que mi familia no se enoje. Relativamente estoy manejando el tema de mi adicción, pero hoy en día no estoy pasando mi mejor momento. Tengo un amigo que se está muriendo y me interesa más que ustedes. (Registro de campo del día 16/11/2020, p.95)

Resulta curioso lo que otro de los usuarios le responde ante esta confesión:

Te agradezco la sinceridad, pero no comparto absolutamente nada de lo que dijiste. Principalmente eso de salir solo. Dijiste varias cosas que me tocaron la fibra. La decisión de hacer un tratamiento tiene que nacer de vos, no de tu familia. No tienen por qué estar arrastrándote como un chico para que te conectes. También eso de que vas a salir solo, me parece una frase casi de manual. Frase de adicto, no la comparto. Y varios pensamientos más que no son flexibles. Esa inflexibilidad al tratamiento. Primero probá y después de un tiempo ves. Yo soy más de pensar así. Le doy una

chance, lo pruebo antes de dar un juicio. (Registro de campo del día 16/11/2020, p.96)

Más allá de los dos extremos que fueron compartidos en este apartado, se encontró que los usuarios podían atravesar ciertas fluctuaciones en lo que respecta a su adherencia o compromiso con el tratamiento. Se trata de esta paradoja propia del consumo problemático. El usuario manifiesta que quiere mejorar, que quiere dejar de consumir; pero a la vez, intenta mantener las condiciones de consumo ya que no puede lograr la abstinencia respecto de la sustancia. Se escucharon frases del estilo a la siguiente: “perdón la palabra, pero últimamente me están dando paja los grupos, me da paja hacer la tarea, no sé” (Registro de campo del día 16/11/2020, p.95). Incluso también se compartió que “últimamente me siento muy bajoneado, no sé que me pasa [...] Ando muy tirado, con falta de motivación. No puedo encontrar la cuestión que me tiene así [...]” (Registro de campo del día 05/10/2020, p.67). Es completamente normal que los usuarios se vean afectados por otras cuestiones de su vida. Vivimos insertos en redes, por ende tanto temas familiares, laborales, económicos, como también sociales eran abordados en los talleres y ocupaban gran parte de las preocupaciones de los usuarios. A pesar de ello, estas fluctuaciones eran más bien temporales, no algo permaneciera a lo largo de todo el tratamiento.

Resulta inevitable no remitirnos a las recaídas o reincidencias de los usuarios, siendo que el tratamiento no es algo lineal sino que más bien puede comprenderse como un proceso. Tal como se mencionó en apartados anteriores, los usuarios en tratamiento ambulatorio están más expuestos a oportunidades de consumo. Es aquí donde la cuestión excede el control del profesional y entran en juego cuestiones personales, más específicamente, la responsabilidad subjetiva. Incluso es posible plantear la pregunta sobre si esta falta de motivación que algunos usuarios expresaban en los talleres se deba al síndrome de abstinencia (ausencia de sustancia en el sistema); o a una negación del sujeto de su problemática. Estas cuestiones se abordan en mayor profundidad en el siguiente apartado.

Por medio de la palabra, los usuarios han tenido la posibilidad de establecer nuevos lazos con los otros. Los talleres del grupo de adicción favorecieron en sus participantes un tipo de transferencia que no se reduce a la relación del psicólogo con el paciente. Dicho de otro modo, han podido encontrar experiencias similares a las vividas por ellos mismos, se identifican con sus pares. Si bien la transferencia que se despliega entre el profesional y el usuario es un elemento clave en el tratamiento, el trabajo en grupo demostró ser efectivo a la

hora de promover un aumento en la motivación de los usuarios. No sólo ello, sino que también se fortalecen las redes de apoyo social.

El hecho de poder analizar los discursos de los usuarios abre la posibilidad de entender al consumo no como el problema en sí, sino como la solución que ellos mismos se proporcionan para paliar sus perturbaciones. Por ende, a través de la palabra (tanto en el tratamiento a nivel individual como en el tratamiento a nivel grupal), los usuarios tienen la posibilidad de poder elaborar su malestar. Resulta importante comprender que el énfasis no está puesto en el consumo o en la sustancia misma, sino que se debe hacer hincapié en el malestar subjetivo (siempre singular) que los ha llevado consumir.

IX.3. Efectos de la responsabilidad subjetiva en el tratamiento de usuarios con consumo problemático

A lo largo de los años, se tendió a relacionar la adherencia al tratamiento con el éxito de la terapia, o asimismo, el “no éxito” de ésta. Sin embargo, tal como se mencionó, no se puede concebir al tratamiento del consumo problemático como algo lineal. Es menester considerar que existen múltiples factores que influyen tanto en la adherencia al tratamiento, así como también en el abandono del mismo. Entre ellos se destacan la motivación del usuario por generar un cambio; las habilidades con las que cuenta el mismo para afrontar diversas situaciones; la presencia o ausencia de acompañamiento familiar; la falta de conciencia de enfermedad; entre otros. Focalizando en ésta última, la falta o presencia de conciencia de enfermedad puede traducirse en lo que se refiere a la responsabilidad subjetiva. En función de esto, la manera en cómo se posicionen los usuarios frente al consumo es primordial. Esto mismo destaca el psicólogo en uno de los encuentros:

Siempre pasa por uno mismo el no. La tentación siempre está. Lo que trabajamos es en poder anticiparnos. Poder anticiparnos a estar expuestos lo menos posible a estas situaciones. Situaciones que podemos inferir y evitar las situaciones de riesgo. Va a haber situaciones en las que no vamos a poder decidir la exposición. Nos puede

agarrar más vulnerables o no, y tal vez tenga menos fuerzas para decir que no. Es por eso que más que nada al principio del tratamiento sugerimos evitar las situaciones de riesgo, porque no sabemos que tan vulnerables vamos a estar en ese momento. (Registro de campo del día 09/11/2020, p.90)

Esta intervención del psicólogo se fundamenta en lo que varios autores plantean. Y es que justamente, en los inicios del tratamiento del consumo problemático, no se poseen aún las habilidades necesarias para controlar la abstinencia. Tal como él recalca, se está vulnerable, y por ende la exposición debe reducirse lo más que se pueda, para así evitar recaídas. No basta con limitar la exposición para que no haya consumo, sino que se aprenden en el proceso estrategias que le permitan al usuario sobrellevar el tratamiento, hasta que éste comprenda que la responsabilidad recae única y exclusivamente sobre él. Dicho de otro modo, el entrenamiento en habilidades es una herramienta que sirve a los fines de no caer en el consumo, pero la detención del mismo es una decisión que debe tomar cada persona, no algo que deba ser impuesto desde la exterioridad. Tal como expresó el profesional:

No se trata sólo de calentar el banco, sino de tener cierto compromiso, ganas y voluntad de practicar esas habilidades. No hacer las tareas sobre la hora, no dispersarse en el taller, estar atento [...] Si somos super disciplinados al tratamiento y entrenamiento en habilidades, es muy probable que el día de mañana necesitemos menos medicación. Podemos hacer que la vulnerabilidad que nos generan las emociones no sea tanta. (Registro de campo del día 16/11, p.93)

Resulta fundamental llevar a cabo un tratamiento en donde los usuarios puedan poner en palabras el malestar que los aqueja. Asimismo, siempre ateniendo a cuál es el lugar que ocupa la sustancia en la vida singular de cada uno de los sujetos. Conocer las determinaciones inconscientes que están implicadas en el malestar de cada persona. Es aquí donde cobra gran importancia el trabajo interdisciplinario, que permite que la atención brindada a cada uno de los usuarios sea lo más individualizada posible.

Los profesionales hacen hincapié en que cada usuario tiene que asumir un compromiso con el tratamiento. Es este compromiso el que podría pensarse también como la presencia de la responsabilidad subjetiva. A lo largo de los encuentros, se ha podido identificar la responsabilidad subjetiva en varios testimonios. Particularmente en uno de ellos, se deja

entrever la posición que asume el usuario respecto al consumo. Se implica a sí mismo en el síntoma, haciéndose partícipe de su etiología. En uno de los encuentros, uno de ellos comenta:

Cuesta hacer las tareas, tener adherencia al tratamiento, pero los cambios se van viendo. Eso es en mi caso. Lleva tiempo y trabajo. No es que de un día para el otro ya está, o que con leer el manual alcanza. Se basa mucho en tareas, y laburar día a día. Es entrenamiento puro, y en el tema de las adicciones es un trabajo día a día. Justamente como dice el libro, con querer no se puede. (Registro de campo del día 02/11/2020, p.84)

Es notorio destacar cómo aquellos usuarios que en sus discursos expresaban compromiso con el tratamiento, pudieron sostener la abstinencia por un período de tiempo mayor a aquellos usuarios que no se comprometieron con el tratamiento. En los dosajes semanales a los que eran sometidos, las pruebas de droga de este primer grupo de usuarios resultaban negativas, indicando la ausencia de sustancia en el sistema. Cabría entonces la posibilidad de plantear que la responsabilidad subjetiva es un factor que ocupa un papel fundamental en el tratamiento del consumo. Estando estrechamente ligada al concepto de adherencia al tratamiento, se plantea a la responsabilidad subjetiva como la vía privilegiada para detener el consumo. Uno de los usuarios en tratamiento expresó: “Mi tratamiento es prioridad [...] No es momento de bajar los brazos [...] Hay que sostener lo poco o mucho que tengamos” (Registro de campo del día 28/09/2020, p.57). No obstante, no se puede pasar por alto que si bien la responsabilidad subjetiva alude a lo que es propio de cada sujeto, en los relatos aparece íntimamente ligada a otro factor: el apoyo familiar. Motivo que permite cuestionar hasta qué punto se trata de un malestar subjetivo. Como se expresa en la siguiente cita: “Necesito el apoyo del grupo, de mi terapia individual, de la psiquiatra, y de mis viejos” (Registro de campo del día 28/09/2020, p.57).

En el consumo problemático, la relación del sujeto con la sustancia ha de influenciar los demás ámbitos de su vida. Es por ello que en los testimonios presenciados, la familia constituyó una de las principales motivaciones de los usuarios para detener su consumo. En la siguiente cita, se vislumbra la connotación negativa que el usuario se atribuye a sí mismo a la hora de pensar en el daño provocado por su consumo; daño tanto a sí mismo como también el daño a terceros:

Hoy en día, gracias a ustedes aprendí otras cosas. No me refiero a que voy a salir solo de ésta, sino que no quiero responsabilizar a mi familia de mis acciones y de mi adicción. Por eso yo no los quiero involucrar [...] y no quiero hacerles un daño a ellos. Me fui haciendo cargo de mis fracasos, no responsabilizo a nadie. (Registro de campo del día 16/11/2020, p.96)

También se destacó lo siguiente: “De esta vas a salir con ayuda [...] Si tu familia es lo más importante, entonces por tu familia deberías ponerte al 100% con esto y aceptar toda la ayuda que puedas” (Registro de campo del día 16/11/2020, p.96). Ante esto, el psicólogo se vio ante la necesidad de intervenir para destacar lo siguiente: “el tratamiento familiar está para que entiendan que ellos no tienen la culpa, cumplen una función para la adherencia al tratamiento. Pero la idea es que entiendan que la solución tiene que venir de uno, que la recuperación va a ser de uno y no de la familia. La voluntad es lo que nos va a sacar adelante” (Registro de campo del día 16/11/2020, p.96). Es por medio del trabajo con la familia que el “miembro problema” por así decirlo puede pedir ayuda. Una vez que la familia deja de lado ciertos patrones recurrentes que favorecen en el miembro el consumo, éste se ve ante la disyuntiva de hacer algo respecto a su condición.

A pesar de los numerosos testimonios que destacan la importancia de la responsabilidad subjetiva en el tratamiento del consumo problemático, la experiencia vivida a lo largo de los encuentros demostró que no es factor suficiente para sostener la abstinencia. Como se explicita en párrafos anteriores, son numerosos los factores que entran en juego en el tratamiento. En este caso, aquellos usuarios que en sus discursos dejaban entrever la presencia de responsabilidad subjetiva, se vieron involucrados en procesos de recaída.

Retomando el tema de la familia como factor influyente en el tratamiento, ésta puede actuar tanto en beneficio del usuario como también puede llegar a perjudicarlo si no está dispuesta a ayudar. Dicho de otro modo:

Siempre hay pacientes que tienen muchas internaciones. Uno les da el alta y si no hay contención familiar, el paciente tiene una recaída. Hay muchos pacientes con disfunción familiar, y si no se hacen responsables, vuelven a caer. Vuelven aquellos que tienen una sintomatología que es el síntoma familiar. Es muy raro que una familia diga que no va a ayudar; pero luego cuando viene el reingreso y el paciente relata por qué, uno ve que en esos casos, quien dijo que iba a ayudar no ayudó. (Registro de campo del día 04/08/2020, p.43)

Como se mencionó, más de un usuario que formaba parte del grupo de adicciones experimentó una recaída. Como explicó el profesional psicólogo:

La recaída es un proceso, y que no se da por factores aislados, sino que hay factores previos que pueden ayudarnos a dar cuenta que estamos en un proceso de recaída. Muchas veces hay cosas que cambiar, como también hay muchas otras cosas que no vamos a poder cambiar. Todas estas conductas son parte del proceso de la recaída, que no es el consumo aislado [...] No es un evento aislado, es un proceso de recaída. Tenemos que verlo así para que empecemos a notar las señales previas, por ejemplo, estoy vulnerable, no estoy cumpliendo con esto... son alarmas. Por ejemplo, no hablar es un desencadenante. Y no poder comunicar lo que siento, estrés, negación de los problemas. Cualquier desencadenante nos dispara. (Registro de campo del día 02/11/2020, p. 85)

Llama la atención que incluso en estos casos, los usuarios habían demostrado en encuentros anteriores su compromiso con el tratamiento. Uno de ellos había hecho hincapié en que su vida no giraba en torno de la droga, y luego, después de una crisis, decidió abandonar el tratamiento y volver a consumir. Su enojo al expresar lo que dijo demostró, paradójicamente, la incapacidad del usuario de asumir la responsabilidad de su condición. Asimismo otro de los usuarios que también experimentó una recaída es justamente el mismo que expresó orgullo por ser capaz de decidir no consumir aunque tuviera la posibilidad. Esta evidencia permite pensar que, si bien la responsabilidad subjetiva es un factor necesario para un tratamiento exitoso del consumo problemático, no es un suficiente. Esto no implica, de ninguna manera, que no ocupe un papel preponderante en la determinación del curso del tratamiento. Más bien implica que es necesario tener en cuenta también una multiplicidad de factores que puedan influir en el mismo.

Siguiendo a Blanco, Moral y Sirvent (2015), tener conciencia del problema (lo que en este caso atribuimos como responsabilidad subjetiva), es uno de los parámetros con mayor valor predictivo. Es decir, quien no posee una mínima conciencia del problema, tiene muchas más probabilidades de abandonar el tratamiento. Es importante tener en cuenta que muchos usuarios acceden al tratamiento bajo presión exterior, como condición o motivación principal. Asimismo, la desmotivación que se observa en varios testimonios, entendiendo por ella a la falta de ganas por hacer el tratamiento, es otro factor de gran peso a la hora de pensar en un pronóstico. Ésta no refiere únicamente a la intención de recuperarse, sino también de estar

dispuesto a llevar a cabo el tratamiento más allá de las renunciaciones y limitaciones que éste demanda.

En función a lo expuesto, encontramos que son múltiples los factores que median e influyen en el tratamiento del consumo problemático; tanto factores propios del usuario como externos a éste. Por ende, no es posible atribuir a la responsabilidad subjetiva el poder absoluto para determinar la evolución y el curso del tratamiento. No obstante, es menester destacar que el término “abandono” no necesariamente debe tener una connotación negativa. Morales Moreno (2020) encontró que una alta proporción de casos de abandono al tratamiento se debe a una evaluación positiva por parte del usuario. Es decir, el usuario considera que ha podido alcanzar sus objetivos, experimentando una mejoría y por ende, decide que ya no necesita más tratamiento. Sería de gran utilidad poder indagar, en aquellos usuarios que han abandonado el tratamiento por decisión propia, cuál ha sido la razón de la misma.

Finalmente, se destaca la importancia de dejar de lado una mirada que tienda a pasivizar al usuario, buscando “curarlo” en contra de su voluntad. El hecho de que el usuario mismo sea quien asuma la responsabilidad tanto de su condición como de su tratamiento, y no el equipo de profesionales, ha de contribuir a que el abordaje en salud mental priorice los derechos humanos de los sujetos. Es indispensable que, en este tipo de tratamientos, se respete siempre la singularidad de cada uno de los usuarios, permitiendo que se puedan implicar en su propio malestar.

X. CONCLUSIONES

Realizar las prácticas necesarias para obtener el título, en un contexto de pandemia, implicó un desafío inmenso, tanto a nivel profesional como personal. Es posible afirmar que también ha implicado un desafío para los profesionales de la institución en la que se llevó a cabo la experiencia. Con el advenimiento de la pandemia, hubo que dar respuesta a cuestiones que se presentaban, hasta el momento, desconocidas. Las instituciones no son ajenas a esto, por lo que se debieron reinventar.

Como se ha mencionado, el consumo de sustancias ha estado presente a lo largo de la historia del hombre, acompañándolo desde sus inicios. Hoy en día, constituye una de las principales problemáticas a la que nos enfrentamos. Con ello, ha traído aparejado un aumento en la demanda por su tratamiento. Las modalidades de tratamiento han ido evolucionando, en pos de alcanzar un tratamiento lo más individualizado posible. Con la sanción de la nueva Ley Nacional de Salud Mental N. 26.657, se ha llegado a proponer como base un tratamiento que parta de la interdisciplinariedad. Es decir, que considere al sujeto no como ser aislado, sino como inserto en múltiples redes de relaciones.

En el marco de la pandemia por COVID 19, la problemática del consumo de sustancias se hizo muy visible. Frente a las medidas de aislamiento social y un panorama incierto, se generó en muchos sujetos una necesidad irrefrenable por consumir. Tal como plantea Rojas-Jara (2020), el brote por coronavirus trajo aparejado medidas sanitarias. Existe evidencia que demuestra las posibles consecuencias psicológicas adversas provocadas por las mismas. Entre ellas, ansiedad, angustia, estrés, y consumo de sustancias. Asimismo, es posible que el encierro y la incertidumbre puedan inducir a ciertas personas al consumo de drogas: “Se ha incrementado el número de pacientes internados en la pandemia, y una demanda muy frecuente es el tema de adicciones [...] es difícil saber qué droga predomina a cada edad, generalmente hay policonsumo” (Registro de campo del día 02/07/2020, p.24).

Tanto las restricciones como las medidas precautorias impidieron, en un principio, que los tratamientos se lleven a cabo del modo habitual a como lo hacían antes de la irrupción de la pandemia. Como plantean Rojeab-Bravo y Hernández Mantilla (2020), la pandemia provocó una ruptura con las estrategias terapéuticas para personas con consumo de alcohol y otras drogas. Esto incrementa la frustración y el riesgo de recaídas. En otras palabras, “hay un aumento de recaídas porque hay un contexto adverso en donde todos están perdidos y es más fácil escabullirse y consumir” (Registro de campo del día 15/09/2020, p.51). Se optó por

posicionar la mirada en el quehacer profesional, sin que esto implique dejar de lado la subjetividad de los usuarios.

En el contexto actual, que constituye una situación contextualmente estresante, la sustancia irrumpe a modo de solución fácil. Algo así como una automedicación que permite al sujeto afrontar los estados emocionales negativos. Los sujetos emplean el consumo de sustancias para afrontar los estados emocionales negativos que la situación conlleva. Gracias a la posibilidad de adentrarse en el relato de los usuarios, se comprende que el malestar que aqueja a cada uno es subjetivo y por ende singular. Se identificó en estos relatos la presencia de un punto crucial en el tratamiento, un mal llamado “punto bisagra”. Se refiere a aquel momento en donde el usuario es capaz de tomar las riendas sobre su condición, asumir la responsabilidad por el consumo. No obstante, el tratamiento psicológico del consumo es un pilar fundamental para ponerle fin. Junto con la familia y la medicación, se destaca que el rol del psicólogo clínico es fundamental en el proceso de tratamiento. Es por ello que, en este trabajo, se propuso analizar el rol del psicólogo clínico como favorecedor de la responsabilidad subjetiva en los usuarios en tratamiento. Siempre teniendo en cuenta las circunstancias del contexto en el estuvo inmersa la práctica. Haciendo foco en el rol del psicólogo clínico, se pudo conocer la propia experiencia de los usuarios y cómo el abordaje del consumo problemático es capaz de generar en ellos un cambio.

Por medio de un análisis interpretativo de la práctica experimentada, se encontró que hoy en día los psicólogos clínicos se enfrentan a múltiples desafíos. Aparecen nuevas maneras de manifestar los malestares, así como también existen múltiples modalidades de abordaje. Haciendo hincapié específicamente en el abordaje del consumo problemático, se reconoce que se trata de una temática delicada. En la mayoría de los casos, se presenta el consumo junto con alguna otra patología. Incluso en muchos casos son estas patologías las que han sido causa del consumo. Por ende, el psicólogo clínico debe atender a ambas cuestiones. Desde la experiencia, se destacó su rol a la hora de favorecer la responsabilidad subjetiva en los usuarios en tratamiento. La misma se podría considerar un factor clave en el tratamiento. Se parte de comprender la responsabilidad subjetiva como la implicación del sujeto en la etiología de su síntoma, haciéndose partícipe de la misma. Invita al sujeto a posicionarse de un modo distinto, asumiendo un rol activo en lugar de pasivo. La posibilidad de presenciar tanto entrevistas en el área de internado como también talleres grupales en el área ambulatoria, permitió observar detenidamente las intervenciones de los profesionales

psicólogos. Asimismo, se pudo recopilar numerosos relatos de los usuarios, que a medida que avanzaba el tiempo se fueron profundizando y adquiriendo una matiz más detallada.

En el área de internado, las entrevistas a los usuarios eran individuales. Sólo acudía un usuario y la psicóloga. Se identificó que, dentro de esta área, el rol del psicólogo clínico es predominantemente activo y directivo. Esto se debe, por un lado, a la manipulación que ejercen los consumidores en sus relaciones. Pero por otro, a que el psicólogo clínico es quien guía a los usuarios hacia aquellos contenidos que pueden contribuir al cambio. Es decir, los guían hacia el foco de la terapia. Retomando planteos anteriores, los usuarios se encuentran en un estado agudo y se hace énfasis en su desintoxicación. Cabe destacar que los tiempos de internación son breves, por ende, los objetivos que se fijan son pensados a corto plazo. Es por ello que se piensa al tratamiento basándose en la aplicación de la psicoterapia psicoanalítica focal y breve. Así se prestaron las condiciones para que se despliegue, en la transferencia entre terapeuta y paciente, el malestar subjetivo que aqueja a los usuarios. Resulta interesante poder situar la problemática, pensando que quizás parte de este malestar subjetivo que los sujetos deciden solucionar con sustancias es causado por la pandemia.

Dentro de esta misma área, las intervenciones por parte de la psicóloga se orientaban a que los usuarios dejaran de lado una actitud pasiva frente al consumo para asumir, en cambio, una actitud activa. De esta manera, se persigue que la desintoxicación y la abstinencia puedan alcanzarse por medio de este cambio de posición del usuario frente al consumo. Se hizo mucho foco en que el cambio debe venir desde el interior de cada usuario, y es en ese momento en donde se produce un punto bisagra en el tratamiento. Éstos deben comprender que es más lo que pierden con el consumo que lo que ganan. Una gran limitación que se presentó en el internado es que sin consentimiento de los usuarios no era posible participar de la entrevista. En varias ocasiones esto fue un impedimento a la hora de llevar a cabo la práctica. Dentro de lo que es el período de desintoxicación, se registró que los usuarios presentaban la sintomatología propia del síndrome de abstinencia. Esto, sumado a la medicación que se les prescribe, generó que varios de ellos no aceptaran la participación en su entrevista.

En el área ambulatoria, se presenciaron talleres grupales llamados Grupos de adicción. El tratamiento del consumo se aborda desde otra perspectiva teórica que la que predomina en el internado. Los relatos de los usuarios ocupaban un papel central dentro de los mismos, el foco de los talleres estaba puesto en el diálogo. Se identificó que el rol del psicólogo clínico en esta

área también es activo y directivo. Pero, al ser los mismos usuarios quienes guiaban la conversación, se ponía en juego mucho de la subjetividad de los usuarios. En estos talleres se trabajó principalmente buscando que los usuarios alcancen un pensamiento crítico, pudiendo comprender cuáles fueron los motivos que los llevaron a ese punto. Asimismo se hizo foco de manera insistente en las consecuencias que el consumo trae aparejadas. Este mismo psicólogo, además de los talleres grupales, llevó a cabo un tratamiento con las familias de cada uno de ellos. Un punto del contrato para llevar a cabo el tratamiento es que justamente algún miembro familiar esté dispuesto a acompañar al usuario en el mismo. La evidencia obtenida de numerosos relatos demuestra que la familia es una de las principales motivaciones por las cuales los usuarios decidieron iniciar su tratamiento.

Desplazando el foco del quehacer profesional al discurso de los usuarios, se identificó en éste último una polaridad: por un lado, discursos en los que los usuarios asumían la responsabilidad del consumo. Éstos se hacían partícipes de su condición y entendían que nadie más que ellos tenía el poder de decisión para dejar de consumir. Por otro lado, discursos en los que los usuarios se desligaban, de cierto modo, de la problemática del consumo. Los usuarios del primer grupo, trabajaron arduamente para poder entrenar las habilidades necesarias que les permitieran sostener la abstinencia. Asimismo, demostraron ser capaces de asumir una mirada crítica de su proceso terapéutico. Los usuarios del segundo grupo, por el contrario, no dejaron entrever en sus discursos la presencia de la responsabilidad subjetiva. No mostraron tampoco compromiso con el tratamiento, siendo que incumplieron en distintas oportunidades los términos del contrato. Incluso comentaron que el motivo por el cual habían comenzado el tratamiento era más bien por presión externa y no por decisión propia.

Dentro del tratamiento por consumo problemático, es muy frecuente encontrar recaídas en el consumo. Se trata de un proceso que no es lineal, y por ende, hay obstáculos en el camino. En base a los discursos analizados, es posible afirmar que la responsabilidad subjetiva cumple un papel muy importante dentro del tratamiento por consumo problemático. Sin embargo, no es posible determinar si las causas de las recaídas se han debido únicamente a la falta de la misma. Esto remite a que, como se mencionó, son múltiples los factores que intervienen en el curso del tratamiento. Lo que si se puede afirmar es que, en función de la experiencia, la presencia de la responsabilidad subjetiva ha contribuido favorablemente a muchos usuarios. Por ejemplo, ayunando a que los usuarios se mantengan limpios de consumo; y asimismo, permanezcan motivados para cumplir con el tratamiento. En otras

palabras, la responsabilidad subjetiva determina la disposición o el lugar que asume el usuario frente a las exigencias del tratamiento.

Debido a que hay una alta tasa de abandono en este tipo de tratamientos, sería considerablemente productivo en un futuro poder indagar aún más sobre las causas de abandono. Si bien se han tenido en cuenta algunos otros factores además de la responsabilidad subjetiva de los usuarios, éstos podrían ser insuficientes a la hora de estudiar los motivos de las recaídas. Incluso podría considerarse, principalmente en el área ambulatoria, el hecho de trabajar con “padrinos”. Éstos ocuparían un lugar privilegiado para los usuarios en tratamiento, personas a quienes valores, admiren, que sirvan a modo de ejemplo o incluso a modo de sostén en aquellos momentos que se encuentren vulnerables y tentados al consumo. Además, pensando no sólo en los usuarios sino también en los psicólogos, puede tornarse un trabajo muy arduo el tratamiento de consumo. Principalmente en lo que respecta a la tolerancia a la frustración, se debe trabajar mucho desde lo personal. Dicho de otro modo, nadie más que el usuario puede tomar la decisión de abandonar el consumo. Entonces, en aquellas situaciones en las que se sufren procesos de recaída, el psicólogo no debiera atribuirlos a su quehacer.

Algo a destacar desde el rol de practicante es la buena predisposición por parte de los miembros de la institución. Siempre se intentó sostener la posibilidad de formar parte de las actividades a pesar de no poder asistir presencialmente a las mismas. Esto demuestra que se han sabido adaptar al nuevo contexto cambiante, priorizando siempre la salud mental de los usuarios. Si bien hubo que modificar muchas cuestiones en lo que respecta a cómo se manejan dentro de la institución, el tratamiento de los usuarios siempre estuvo en primer lugar como prioridad. Hoy en día, mirando hacia atrás, la pandemia ha dado cuenta de la importancia que tiene la salud mental, tan menospreciada en los últimos años. Porque es fundamental recordar que no hay salud, sin salud mental.

XI. BIBLIOGRAFÍA

- Albanesi, S., Casari, L., Ison, M., & Maristany, M. (2016). Estilo personal del terapeuta en psicoterapeutas de adicciones. *Revista Argentina de clínica psicológica*, XXV(1), 17-26.
- Barnechea García, M. M., & Morgan Tirado, M. d. (Octubre de 2010). La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica. *Tendencia & Retos*, 97-107.
- Bekinschtein, P., Calvo, D., Cancela, L., Cremonte, M., Damin, C., Godoy, J., . . . Zamberlan, F. (2019). Glosario. En P. Bekinschtein, D. Calvo, L. Cancela, M. Cremonte, C. Damin, J. Godoy, . . . F. Zamberlan, *Un libro sobre drogas*. Buenos Aires: El Gato y La Caja.
- Blanco, P., Moral, M. V., & Sirvent, C. (2015). Predicción de variables de abandono y adherencia al tratamiento en adicciones. Madrid.
- Bleger, J. (1964). La entrevista psicológica. Su empleo en el diagnóstico y la investigación. [Ficha editada por el Departamento de Psicología]. Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Bs. As.
- Braier, E. (2009). La psicoterapia focal y breve. Rasgos distintivos. *Intercambios, papeles del psicoanálisis*.(23), 17-21.
- Brunetti, A., & Gargoloff, P. (2020). *Impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental, con especial foco en personas con trastornos mentales severos y persistentes*. Recuperado el 22 de Mayo de 2020, de Question/Cuestión
- Buendía, J. (1999). Aproximación al desarrollo histórico y conceptual de la psicología clínica. En *Psicología Clínica. Perspectivas actuales*. (pp. 17-31). Madrid: Pirámide.
- Buendía, J. (1991). Introducción. En *Psicología Clínica y Salud. Desarrollos actuales*. (pp. 11-13). Murcia: EDITUM.

- Caballero Martínez, L. (2005). En *Adicción a cocaína: neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento*. (págs. 115-116). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- CPPC. (1984). *Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba*. Recuperado el 22 de Mayo de 2020, de Normativa: Disposiciones para el ejercicio de la Psicología

<https://cppc.org.ar/disposiciones-para-el-ejercicio-de-la-psicologia/>
- Código de Ética, C. d. (12 de Noviembre de 2016). Recuperado el Agosto de 2020, de CPPC: <https://www.cppc.org.ar/wp-content/uploads/2018/05/CODIGO-DE-ÉTICA-2016.pdf>
- EFPA, F. E. (2003). Psicología Clínica y Psiquiatría. *Papeles del psicólogo*, 24(85).
- Fiorini, H. (s.f.). Teoría y técnica de psicoterapias. Edición ampliada y actualizada. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Forteza Martínez, O. (2015). Consumo de Drogas. Modalidades de tratamiento. Trabajo Final de Grado. Castelló: Universitat Jaume.
- Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. En *Obras Completas* (Vol. 21, p. 57). Amorrortu.
- Fuks, S. (1978). Reflexiones acerca del trabajo comunitario en salud mental. Prevención primaria, secundaria y terciaria. *Trabajo presentado en Jornadas de psicología. Facultad de Psicología. UBA*. Buenos Aires.
- Gemini, D., Gorlero, C., & Poliansky, N. (2018). En *Determinantes de adherencia al tratamiento en personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas*. (págs. 2-41). Fundación Convivir. Obtenido de <https://convivir.org/wp-content/uploads/biblioteca/poliansky-gemini-cordero--fundacion-convivir--determinantes-adherencia-tratamiento.pdf>
- Gómez E., R. (2017). La interpretación en la psicoterapia de grupo psicoanalítica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(132), 379-398.

Haz M, A. M., Díaz V, D., & Raglianti H, M. (2002). Un desafío vigente para el psicólogo clínico: el entendimiento de estrategias de intervención integrales para abordar problemas de riesgo psicosocial. *Terapia psicológica*, 20(23-28), 1-8.

Hernández Sampieri, R. (2006). Definiciones de los enfoques cuantitativo, cualitativo, sus similitudes y diferencias. En *Metodología de la Investigación*. (pp. 7-14). México: McGraw Hill.

Historia del Sanatorio. (s.f.). Recuperado el 22 de Mayo de 2020, de Sanatorio Morra:

<https://www.morrasanatorio.com/copia-de-obras-sociales>

Jara, O. (s/d). Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias.

Recuperado de www.cepalforja.org/sistematizacion

Ley Nacional de Salud Mental, N. 26.657. (2010). *Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación*. Recuperado el 15 de Mayo de 2020, de Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000951cnt->

[2018_ley-nacional-salud-mental-decreto-reglamentario.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000951cnt-2018_ley-nacional-salud-mental-decreto-reglamentario.pdf)

López Acosta, C. (2009). La decisión de entrar a un tratamiento de adicciones: motivación propia e influencia de terceros. *Terapia Psicológica*, 27, 119-127.

López, C. (2006). La adicción a sustancias químicas. ¿Puede ser efectivo un abordaje psicoanalítico? *PSYKHE*, 15(1), 67-77.

Lora, M. E., & Calderón, C. (2010). Un abordaje de la toxicomanía desde el psicoanálisis. *Ajayu*, 8(1), 151-171.

Mantilla, J. (Octubre de 2010). La noción de responsabilidad subjetiva en contextos de intervención hospitalaria. *PSIENCIA. Revista latinoamericana de ciencia psicológica*, 2(2), 82-87.

Mayer, H. (2004). Acerca del tratamiento ambulatorio de las adicciones. *Intercambios, papeles del psicoanálisis*, 51-57.

- Morales Moreno, A. (2020). Factores predictivos de la adherencia al tratamiento ambulatorio de conductas adictivas. España.
- Mordoh, E., Gurevicz, M., Thompson, S., Mattera, S., & Lombardi, G. (2005). Efectos analíticos del psicoanálisis. *Anuario de investigaciones*, 12, 239-243.
- Muñoz Sandoval, E. (2011). Constitución de subjetividades en el contexto terapéutico: los discursos en la adicción en acción. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile.*, 20(2), 25-49.
- Pascale, A. (2020). Consumo de sustancias psicoactivas durante la pandemia por COVID-19: implicancias toxicológicas desde un enfoque integral y desafíos terapéuticos. *Revista Médica del Uruguay*, 36, 333-334.
- Rockwell, E. (2009). Reflexiones sobre el trabajo etnográfico. En *La experiencia etnográfica. Historia y cultura de los procesos educativos*. (pp. 41-96). Buenos Aires: PAIDÓS.
- Rojas-Jara, C. (2020). Cuarentena, aislamiento forzado y uso de drogas. *Cuadernos de Neuropsicología.*, 14, 24-28.
- Rojeab-Bravo, B., & Hernández-Mantilla, G. (2020). Consumo de sustancias psicoactivas en época de COVID-19. *Veritas & Research*, 2, 83-86.
- Romero Romero, J. C. (2008). Psicoterapia grupal en adictos. *Límite. Revista de Filosofía y Psicología.*, 3(17), 77-97.
- Sotelo, M. I., Irrazabal, E., Miari, S. A., & Cruz, A. (2013). El consumo problemático de sustancias, desde la mirada de los profesionales, psiquiatras y psicólogos en los dispositivos para alojar urgencias. Una lectura psicoanalítica. *Anuario de Investigaciones*, 20, 171-178.
- Ulloa, F. (1970). El método clínico. [Ficha de cátedra de la materia "psicología clínica" del año 2017]. Facultad de Psicología de la UBA

Zamorano, S. (2014). La Ley de Salud Mental: desafío para la clínica de las adicciones.
Estrategias: Psicoanálisis y salud mental, 43-45.