


Spring 2015

Processes, practices and politics in the treatment centers for addictions and problematic consumptions: an analysis of the perspectives and practices of the professionals in a treatment center in the Autonomous City of Buenos Aires

Chiara Lawrence

SIT Graduate Institute - Study Abroad, clawrence@middlebury.edu

Follow this and additional works at: http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection

 Part of the [Community Health Commons](#), [Health Services Research Commons](#), [Public Health Education and Promotion Commons](#), and the [Substance Abuse and Addiction Commons](#)

Recommended Citation

Lawrence, Chiara, "Processes, practices and politics in the treatment centers for addictions and problematic consumptions: an analysis of the perspectives and practices of the professionals in a treatment center in the Autonomous City of Buenos Aires" (2015).

Independent Study Project (ISP) Collection. Paper 2121.

http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2121

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact digitalcollections@sit.edu.

Procesos, prácticas y políticas en los centros de
tratamiento para adicciones y consumos problemáticos:
un análisis de las perspectivas y prácticas de los
profesionales en un centro de tratamiento en la Ciudad
Autónoma de Buenos Aires

Processes, practices and politics in the treatment centers for addictions and
problematic consumptions: an analysis of the perspectives and practices of
the professionals in a treatment center in the Autonomous City of Buenos
Aires

Chiara Lawrence

Consejera de la investigación: Cecilia Touris

SIT Argentina: Salud Pública en Abientes Urbanos

SIT Argentina: Public Health in Urban Environments

Spring 2015, Mayo

Índice

Agradecimientos, 3

Introducción, 6

Marco Teórico, 7

1. Líneas teóricas con respecto al consumo de drogas, 7
2. Políticas en torno al problema del consumo de drogas en Argentina, 11
3. La Ley de Salud Mental, 13
4. La Ley I.A.C.O.P. (Plan Integral Para el Abordaje de los Consumo Problemáticos), 14
5. Tratamiento para los consumidores de droga en Argentina, 14

Estrategia Metodológica, 16

Trabajo del campo, 16

Resultados, 17

1. Información general sobre el Centro Xavier, 17
2. Admisión, derivación, y perfil de los pacientes, 19
3. Acceso al centro y el tratamiento, 21
4. Líneas teóricas en el tratamiento, 22
5. Practicas/formas en el tratamiento, 25
6. Terminación y abandono y seguimiento, 29
7. Políticas: cambios y conflictos, 31

Discusión, 34

Referencias, 37

Bibliografía, 37

Entrevistas, 38

Anexo, 39

Pautas de entrevistas, 39

Agradecimientos

Me gustaría dar las gracias a...

Mi consejera, Cecilia Touris, por todo su orientación, ideas, y ayuda con mi investigación y por todo el tiempo que pasó conmigo en nuestras reuniones y con las revisiones de mi trabajo

El equipo del Centro Xavier* por alojarme y darme su tiempo para hablar conmigo; particularmente Dr. Wolverine* por darme la bienvenida al principio y abrir las puertas para mi investigación y Iceman* por darme la bienvenida y orientarme cada día que fui al centro después.

Mi tutora de español, Rodrigo Loredó, por todas las revisiones y su ayuda con el español durante todo el proceso

Ana Rita Diaz Muños, Valeria Lluibaroff y Romina Ramirez por todo su trabajo para el programa, todo el tiempo que pasaron con nosotros y su apoyo constante

Mi madre anfitriona, Paula Martin, por todo su amor y apoyo en el proyecto tanto como en mi vida en Buenos Aires

No hubiera logrado mi investigación sin la ayuda de cada una de estas personal y por esta razón les doy mi sincero y profundo agradecimiento.

*Nombres ficticios para conservar la confidencialidad

Resumen

Información Contextual: Históricamente en Argentina, tanto como en el mundo, las políticas con respecto al consumo de “droga” han sido prohibicionistas y los centros de tratamiento han implementado esta políticas con el modelo abstencionista. Más recién, la necesidad de tener políticas y respuestas que priorizar los derechos y la salud de los consumidores de drogas se ha vuelto más reconocido en los ámbitos sociales y políticos tanto como con los profesionales en los centros de tratamiento. Se han aprobado nuevas leyes que proponen el uso practicas de reducción de daños en el tratamiento de consumos problemáticos. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires hay varios modos de tratamiento que difieren tanto en sus practicas e ideologías. Uno de los centros de tratamiento para adicciones y consumos problemáticos es el Centro Xavier*. El Centro Xavier es un centro de umbral baja exigencia con tratamiento ambulatorio. El estudio analiza los tipos de tratamiento que ofrece el sistema público de salud a través del Centro Xavier, para brindar atención a consumidores de drogas; y las transformaciones que en estos tratamientos pueda haber generado la implementación de la nuevas políticas dirigidas al abordaje del problema de consumo problemático.

Metodología: Se cumplieron los objetivos de esta investigación a través de 8 entrevistas profundas con 9 personas en total. Se entrevistaron una investigadora no asociada con el Centro Xavier; en el Centro Xavier los entrevistado/as fueron: el jefe del centro y un medico psiquiatra, 5 psicólogas, una ginecóloga, y el secretario. Los resultado fueron codificado en 7 categorías para ser analizados.

Resultados: En el Centro Xavier trabajan desde la perspectiva de reducción de daños y tiene su base teórica en la psicoanálisis. En general su trabajo está limitada por los recursos que tenga. En este centro en particular no han sido muchos cambios a partir de las nuevas leyes en parte porque ya estaba cumpliendo con estas leyes antes de su aprobación. Mientras el movimiento lejos de las políticas prohibicionistas está más fuerte ahora, estas políticas y las contradicciones que se producen aún permanecen y causan muchos problemas.

*Nombres ficticios son usados para conservar la confidencialidad

Abstract

Contextual Information: Historically in Argentina, as well as globally, the politics regarding the use of “drugs” have been prohibitionist and treatment centers have implemented these politics with models of abstinence. More recently, the need for both the politics and the treatment to prioritize the rights and health of the drug users has become more widely recognized in both social and political contexts, as much as among professionals in treatment centers. New laws have been passed proposing the implementation of harm reduction strategies in the treatment of addictions and problematic drug use. In the Autonomous City of Buenos Aires there are several distinct types of treatment centers that differ in both their practices and their ideologies. One of these treatment centers is the Center Xavier*. The Center Xavier is a center of low threshold requirement that offers outpatient treatment. This study analyzes the type treatment offered by the public health system through the Xavier Centre, to provide care for drug users; and the changes that these new policies aimed at addressing the problem of problematic drug use may have generated in this center and others.

Methodology: The research objectives were met through 8 in-depth interviews with 9 total individuals. One investigator not associated with the Center Xavier was interviewed; the interviewees at the Xavier Center included: the head of the center (also a psychiatrist), five psychologists, a gynecologist, and the secretary. The results were coded into 7 categories for analysis.

Results: The Xavier Center implements strategies from the perspective of harm reduction and the treatment realized there is based in psychoanalysis. In general their work is limited by the resources they have. In this particular center there have not been many changes in response to the new laws, in part because the center was already complying with these laws before they were approved. While there is a stronger movement away from the prohibitionist policies, these policies and the contradictions that they create, still remain and cause many problems.

*Fake names are used in order to maintain confidentiality

Introducción

Históricamente en Argentina, como en el mundo, las políticas con respecto al consumo de “droga” han sido prohibicionistas que proponían un modelo abstencionista tanto en los tratamientos para “adicciones” como en las repuestas legales. Más recién el fracaso de estas políticas se ha vuelto más evidente y hay un movimiento bastante nuevo en Argentina de abordar el problema desde una perspectiva menos estigmatizado y abstencionista con la perspectiva de reducción de daños y el énfasis en los derechos del consumidor/a como ciudadano.

En las 90s había un gran necesidad de tener repuestas rápidas en el ámbito publico para reducir los daños causados por el VIH/Sida. Así que durante este época se implementaron programas basados en la reducción de daños para combatir la transmisión del VIH/Sida. Estos programas fueron particularmente importantes en poblaciones consumidoras de droga, específicamente la cocaína de vía inyectable. Fue durante esta época que se abrió El Centro Xavier¹ como hospital de día para dar respuesta a esta problemática. Actualmente, El Centro Xavier está ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y funciona como un centro de atención para las adicciones y los consumos problemáticos. Se realiza tratamiento ambulatorio, no tiene hospital de día ahora, y, además, ofrecen cursos para otros profesionales y hacen programas de prevención. Ha sido existiendo hace aproximadamente 20 años con su base teórica en el psicoanálisis y implementando estrategias de reducción de daños.

El Centro Xavier empezó a trabajar desde la perspectiva de reducción de daños casi dos décadas antes de los cambios en las leyes apoyando la implementación de estrategias dicha perspectiva aparecieron en Argentina. Es importante ver como trabajan un centro que hace su inicio usa las estrategias de reducción de daños en un ambiente que era, en ese momento, basado fuertemente en políticas prohibicionista y abstencionistas e investigar que han pasado, o puede pasar con el movimiento en los últimos años, por lo menos en las leyes, La Ley de Salud

¹ Para conservar el anonimato y la confidencialidad establecidas por las normas éticas se utilizaron nombres ficticios tanto para el centro como para los profesionales que han accedido para ser entrevistados.

Mental y la Ley I.A.C.O.P., que proponen la implementación de tratamientos realizados con la perspectiva de reducción de daños en el ámbito público para abordar el problema de consumo personal. Es valioso indagar en el proceso de tratamiento y la experiencia de los profesionales en un centro que desde sus orígenes ha utilizado como perspectiva del tratamiento la reducción de daños.

El objetivo general de esta investigación es indagar los tipos de tratamiento que ofrece el sistema público de salud a través del Centro Xavier, para brindar atención a consumidores de drogas; y las transformaciones que en estos tratamientos pueda haber generado la implementación de las nuevas políticas dirigidas al abordaje del problema de consumo problemático. Para dar respuesta al objetivo general se propusieron los siguientes objetivos específicos: 1. indagar la accesibilidad al tratamiento, 2. referir cuáles son las estrategias de tratamiento que lleva adelante este centro 3. analizar el proceso de derivaciones y seguimiento de los casos 4. dar cuenta de los cambios que se han producido, o no, en los centros de tratamiento desde la implementación del Decreto 603 con La Ley de Salud Mental N 26.657 y la ley I.A.C.O.P. (Plan Integral Para el Abordaje de los Consumo Problemáticos).

Marco Teórico

1. Líneas teóricas con respecto al consumo de drogas

Para una primera aproximación al tema de investigación, es imperativo definir algunos términos y considerar sus usos e implicaciones. Primero, con respecto a *la droga*: se considera en esta investigación que “droga” es:

... una sustancia química que tiene la capacidad de modificar varias funciones cuando uno se la incorpora al cuerpo. Sino que los “efectos, consecuencias y funciones están condicionados, sobre todo, por las definiciones sociales, económicas y culturales que general los conjuntos sociales que las utilizan. (Kornblit, Camarotti, Di Leo: Modulo 1, 2010, p. 7).

Como puede verse, esta concepción sobre las drogas involucra otros aspectos además de la sustancia en sí misma, puesto que dimensiona la importancia que tiene a su vez la relación entre el sujeto, el contexto y la sustancia.

Es necesario tener en cuenta la manera en que los estereotipos y estigmatizaciones que han sido contruidos con respecto al uso de las drogas han afectado las políticas y las formas de tratamiento para ellos. Si se vuelve al concepto “droga”, el uso tan extendido de este término ha convertido el entendimiento del problema de consumo de drogas en uno enfocado principalmente en la sustancia como “*protagonista de un proceso*”; ignorándose la importancia del sujeto y el contexto en que esta sustancia es consumida (Kornblit, Camarotti, Di Leo: Modulo 1, 2010, p. 6). Desde la perspectiva más tradicional, la sustancia es la causa del problema, por lo que un problema relacionado con el consumo de drogas, resulta unicausal. Desde esta postura “la droga” cuenta solamente como sustancia que tiene efectos químicos, como un objeto concreto y determinado y la mirada está puesta en la sustancia y no de modo más completo y complejo como el tema lo requiere.

Del mismo modo que el uso del término “droga” recibe una utilización restrictiva, otro estereotipo aparece cuando se habla de la “escalada del consumo de drogas” puesto que la sustancia es la que controla toda la situación y desde este punto de vista es el único componente que se necesita considerar para abordar el problema del consumo. Por el contrario de lo que indica el uso y enfoque en “droga” más tradicional, otros investigadores y profesionales en este campo han identificado que es necesario no sólo entender los efectos químicos que tiene una droga, sino también sobre el/la usuario/a así como también en la sociedad, considerar no solamente la sustancia, sino también el sujeto consumidor/a y el contexto en que se la(s) consume. (Romaní, 2008). Con esta perspectiva multifacética, se ve que el uso de “la droga” cambia efectivamente el problema desde la perspectiva de la sociedad, las políticas, y en el tratamiento.

En su caracterización de los modelos existentes para interpretar el problema de consumo problemático, los doctores Kornblit, Camarotti y Di Leo identifican cinco: el modelo

ético-jurídico, el modelo médico-sanitario, el modelo psicosocial, el modelo sociocultural, y el modelo geo-político estructural (Módulo 1, 2010). El modelo ético-jurídico considera el uso de las drogas como un delito y a los/las consumidores/as de ellas como delincuentes, que rompen la ley intencionalmente y deben ser castigados por su transgresión. Bajo este modelo el/la consumidor/a es tanto el delincuente como la víctima porque se considera la droga como sujeto activo. En este caso se encuentra otra estigmatización entre el “drogadicto” y el “delincuente” que es bien importante reconocer porque se ve en las políticas prohibicionistas que son dominantes históricamente tanto a nivel global como en Argentina.

Desde la perspectiva del modelo médico-sanitario los/las consumidores son considerados pacientes que sufren una enfermedad, la adicción. No son delincuentes por lo que deben recibir tratamiento y no castigo. Con el entendimiento de la “adicción” como enfermedad la respuesta correcta para curar a las personas fue considerar que estaban enfermas, debían ser tratadas y después de ello podrían regresar a sus vidas normales. Entonces, justificó técnicas médicas, como la internación, en la cara de la “enfermedad”. En el modelo psicosocial se ve a el/la consumidor/a como un esclavo y cambia el enfoque desde la sustancia al sujeto. En la práctica, este modelo es *“el de mayor peso en comunidades terapéuticas y centros de rehabilitación actuales”* (Kornblit, Camarotti, Di Leo: Módulo 1, 2010, p. 12).

El modelo sociocultural propone que el/la consumidor/a de droga es, más que todo, una víctima y su consumo es un síntoma no de la persona sino de una disfunción en el sistema sociocultural. Lo más importante a considerar es el contexto sociocultural de los/las consumidores/as de droga. Este modelo se enfoca en las fuerzas socioculturales que existen fuera de la persona pero que constituyen su realidad, que los motiva a consumir para evitar y escapar de esta realidad. Este modelo reviste un interés particular porque es en él que se basa la implementación de las estrategias de reducción de daños que han empezado a ser más ampliamente aceptadas y puestas en práctica en los últimos años. En contraste, el modelo geo-político estructural explica que el problema del consumo es inseparable de la oferta y el narcotráfico por lo que, como se ve más adelante, este modelo ha promovido la “Guerra contra

la droga” y políticas de supresión, considerando que si desaparecen las drogas, se regula el consumo, por lo que sus modalidades del tratamiento han sido de tinte más prohibicionista tanto en Argentina como en el mundo.

Con respecto a la forma de tratamiento para personas con consumo problemático los distintos modelos suelen alinearse en dos perspectivas: el abstencionismo y la reducción de daños. En la practica, las líneas entre estas estrategias, particularmente aplicadas en el tratamiento, no son tan claras (Menéndez, 2012). Aunque, en la letra, o la teoría de cada modelo, se tienen perspectivas totalmente distintas de acuerdo a cómo cada uno entiende cuál es el problema y cuál es la solución, la distancia se acorta cuando se abordan las estrategias de tratamiento.

Las políticas prohibicionistas proponen el abstencionismo como objetivo principal, *“el objetivo de estas políticas es reducir el consumo hasta eliminarlo... (para) contribuir a producir sujetos abstemios”* (Menéndez, 2012, p. 11). Además, en general la abstención de las sustancias droga, resulta un requisito fundamental para iniciar el tratamiento (Kornblit, Camarotti, Di Leo: Módulo 3, 2010). Desde esta perspectiva, cualquier uso de la sustancia, de cualquier sustancia que se considera como “droga”, durante o después de un tratamiento está considerado como un fracaso, una recaída. El Abstencionismo considera que el problema principal es el consumo de sustancias en sí mismo , por lo que no es extraño que se considere como verdadera solución la abstención completa.

Por otro lado, la perspectiva de reducción de daños pertenece principalmente al modelo sociocultural ya mencionado. Bajo esta perspectiva, el problema principal no es el objeto, la droga, y tampoco es simplemente el sujeto, la persona en consumo; el problema pertenece al ámbito sociocultural y es lo que motiva a la persona a consumir. Al contrario de las estrategias de tratamiento abstencionistas, la supresión de la sustancia no es el objetivo principal como así tampoco la abstención de la sustancia resulta su un objetivo final. Los tratamientos de reducción de daños no se centran en el consumo de la sustancia aunque sí en los daños asociados con dicho consumo (Kornblit, Camarotti, Di Leo: Módulo 3, 2010). Las estrategias de

reducción de daños buscan reducir el consumo de droga como meta pero bajo el objetivo principal que prioriza la reducción de daños y la promoción de la salud y los derechos de los consumidores tanto como los terceros y sociedad en general.

Otra distinción crítica se encuentra entre los términos usados en teoría de abstencionismo y de reducción de daños. Por un lado, “la adicción” y “el adicto” o “el drogadicto” y, por otro, “el uso/consumo problemático de drogas” y “el usuario/consumidor de drogas”. Básicamente, los primeros dos términos, que históricamente tienen lugar prominente en el entendimiento del tema tanto en ambientes sociales como en profesionales, pertenecen al modelo prohibicionista o abstencionista mientras los dos posteriores pertenecen más al modelo de reducción de daños. Ambos modelos ético-jurídico y médico-sanitario utilizan más los términos de “adicción” y “adicto/as” y las formas de tratamientos que pertenecen a los dos modelos son, por lo general, abstencionistas. Bajo la perspectiva de reducción de daños, el consumo de drogas no indica adicción, aunque si, una adicción indica un consumo problemático de drogas, desde esta perspectiva, el consumo de drogas no hace a una persona necesariamente un delincuente. Además, se cree que existen consumos problemáticos que merecen atención que no son adicciones.

2. Políticas en torno al problema del consumo de drogas en Argentina

Históricamente en Argentina, como en el mundo, el modelo predominante en lo que refiere a lo político, lo legal y lo social con respecto a las drogas, especialmente las psicoactivas, ha sido el prohibicionismo; aunque muchos estudios han encontrado que este modelo de prohibición y abstención en general no ha tenido mucho éxito tanto en el campo legal como en el de tratamiento (Menéndez, 2012; Saín, 2009). Globalmente, la percepción del consumo de droga como un problema social que requiere la regulación y el control del Estado viene principalmente de la *Convención Única sobre Estupefacientes de Naciones Unidas* de 1961 (Kornblit, Camarotti, Di Leo: Módulo 3, 2010). Esta convención confirmó la idea de “la droga” como una sustancia ilegal en que el comercio conjunto es un delito y las personas que las usan, y los que venden y producen son considerados como delincuentes; esta política prohibicionista

tomó como objetivo principal “la abstención total del consumo de la droga de la que se trate” (Romaní, 2008, p. 304). Por lo general, después de esta convención y otras posteriores que se trataron de temas similares, la mayoría de los países abordaron el consumo de drogas a través de la criminalización y penalización de las drogas, particularmente los estupefacientes.

Sin embargo, décadas antes de esta convención multinacional en 1961, en Argentina la Ley 11.331 de 1926 declaró por primera vez como un delito a la tenencia y distribución no autorizada ni legítima de drogas. En 1968 la Ley 17.567 “*dejaba por fuera de la penalización a todo los que tuvieran en su poder sustancias estupefacientes o materias destinadas a su preparación en cantidades que no excedieran el uso personal*” (Kornblit, Camarotti, Di Leo: Módulo 2, 2010 p. 4). No obstante, durante la época del golpe militar de 1976, el Ministerio de Bienestar Social de la Nación tomó la perspectiva de la “Guerra contra las Drogas”, impulsada principalmente por las políticas del presidente Reagan en los EE.UU., y a través de una ley (20.771) que convirtió la posesión de estupefacientes, independientemente de la cantidad o si era para uso personal, en un crimen punible de encarcelamiento (Kornblit, Camarotti, Di Leo: Módulo 3, 2010). Esta Ley estaba alineada con las propuestas del prohibicionismo y abstencionismo.

Hace algunas décadas, en 1989, la Ley 23.737 confirmó el castigo de personas en posesión de estupefacientes, incluso la de tenencia para consumo personal. Esta ley se produjo pocos años después de la declaración por la Corte Suprema que incrimina la tenencia de estupefacientes para consumo personal según la Ley 20.771 era inconstitucional. En 2009, La Corte Suprema declaró, de nuevo la inconstitucionalidad de la penalización de la tenencia de estupefacientes para el uso personal porque no crea “*daño a derechos o bienes de terceros*” sin embargo, sigue vigente (Kornblit, Camarotti, Di Leo: Módulo 3, 2010, p. 7).

Si bien en 2005 la Ley 26.052 hizo reformas sobre la Ley 23.737 y algunos cambios estuvieron dirigidos en la dirección de descriminalización aún todavía bajo la Ley 23.737 de Estupefacientes vigente, la tenencia de estupefacientes está criminalizada en cualquier caso. Actualmente, la tenencia de una cantidad que se considera legalmente para consumo personal

está penalizada con entre un mes hasta dos años en cárcel. Ahora, existe la posibilidad para las personas condenadas por tenencia para uso personal de hacer una forma de tratamiento, en lugar de ir al cárcel, en *“una ‘medida de seguridad’ curativa (en caso de ser ‘dependiente’) o educativa (en caso de ser ‘principiante o experimentador’). Así, se ratificó a los usuarios de estupefacientes en la doble condición de ‘delincuentes-enfermos’”* (Corda, Galante, Rossi, 2014, p. 8). El concepto de “delincuentes-enfermos” ya se ha visto en los modelos ético-jurídico y médico-sanitario que propone el abstencionismo y pertenece a las políticas de índole prohibicionistas.

El debate sobre la descriminalización de la tenencia de drogas para el consumo personal señala un importante reconocimiento de algunos sectores sobre la ineficacia de las políticas puramente prohibicionistas y que en algunos casos realmente acentuaron los problemas relacionados con el consumo de drogas. Además, existe un gran conjunto de proyectos y programas que se encuentran más en línea con las estrategias de reducción de daños, lo que indica que los políticos y especialistas en este campo han empezado a buscar otras formas de abordar el problema.

3. La Ley de Salud Mental

En 2013, el Decreto 603 que reglamentó La Ley de Salud Mental N 26.657 en Argentina, incluyó a la reducción de daños como uno de los objetivos de los servicios de salud mental:

Entiéndese por “servicios de salud” en un sentido no restrictivo, a toda propuesta o alternativa de abordaje tendiente a la promoción de la salud mental, prevención del padecimiento, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, y/o inclusión social, reducción de daños evitables o cualquier otro objetivo de apoyo o acompañamiento que se desarrolle en los ámbitos públicos o privados. (Capítulo II; Artículo 4)

El Decreto 603 indica la importancia de ofrecer y aplicar servicios de variables estrategias para que los centros brinden una atención más adecuada a las necesidades de los pacientes. El Decreto 603 muestra un cambio en las expectativas en cómo los centros de tratamiento se

deben manejar con el objetivo de ayudar a los consumidores de drogas y más oficialmente destaca la importancia del uso de reducción de daños como tipo de abordaje.

4. La Ley I.A.C.O.P. (Plan Integral Para el Abordaje de los Consumo Problemáticos)

En el último año se aprobó la Ley I.A.C.O.P que trata específicamente de los consumos problemáticos. Se habla no solamente del consumo de “droga” tal como se entiende en las políticas históricas y la sociedad sino que en la parte de la Ley donde se habla de la asistencia, se enfoca en el tratamiento ambulatorio y la reducción de daños e insta a:

Priorizar los tratamientos ambulatorios, incorporando a la familia y al medio donde se desarrolla la persona, y considerar la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo y extremo que sólo deberá llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social, conforme a lo establecido en la ley 26.657. (Capitulo III, Artículo 10)

Incorporar el modelo de reducción de daños. Se entiende por reducción de daños a aquellas acciones que promuevan la reducción de riesgos para la salud individual y colectiva y que tengan por objeto mejorar la calidad de vida de los sujetos que padecen consumos problemáticos, disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles y prevenir todo otro daño asociado, incluyendo muertes por sobredosis y accidentes. (Capitulo III, Artículo 10)

5. Tratamiento para los consumidores de droga en Argentina

En Argentina actualmente existen tres tipos de tratamiento fundamentales: internación, ambulatorio, y comunidad/centro de día/noche (Ruiz, 2011). Según un informe de SEDRONAR de 2011, en la Región Centro de Argentina, el 75.5% de los pacientes reciben tratamiento ambulatorio, un 18.1% está internado y un 6.1% está en tratamiento semi residencial (que incluso los centros de día/noche). Además, la cocaína fue la sustancia principal como droga que motiva el tratamiento en un 43.3% de pacientes seguido por la marihuana y después el alcohol.

Entre los diferentes tipos de realización del tratamiento existen distintas estrategias; cómo ya se ha mencionado, se identifican las estrategias como las de abstencionismo y las de reducción de daños. La realidad es que el fracaso de las políticas y estrategias puramente prohibicionistas y abstencionistas ha llevado a la utilización de procesos de tratamiento y de abordajes del problema del consumo de droga que en la práctica toman ideas de los dos campos (Menéndez, 2012). Aunque es posible encontrar una mixtura en el uso de ambos tipos de tratamiento en varias instituciones, también existen aquellas que solo apelan a tratamientos focalizados en uno de los tipos de intervención.

El tratamiento más abstencionista es típicamente realizado en comunidades terapéuticas. Históricamente, las comunidades terapéuticas son la forma de tratamiento ampliamente implementadas en Argentina. Son lugares residenciales en los que los pacientes son internados, viviendo al margen del ambiente, la comunidad y las personas con las que estaba viviendo y consumiendo. Las comunidades terapéuticas son espacios *“libres de droga, en los que en general se mantiene una férrea disciplina, apoyada en relaciones sociales jerárquicas”* (Kornblit, Camarotti, Di Leo: Módulo 3, 2010, p. 11). Entre las personas que realizan su tratamiento en comunidades terapéuticas hay un alto porcentaje de recaídas; éstas se atribuyen a la estricta estructura de las comunidades terapéuticas que tiene su énfasis en la abstinencia y en una transformación subjetiva de la persona. Las modalidades de vida propuestas por la comunidad terapéutica son tan distintas a las del ambiente y la sociedad a la que las personas tienen que regresar después de cumplir el tratamiento que suelen existir ciertos desajustes que son vividos penosamente por quienes regresan (Kornblit, Camarotti, Di Leo: Módulo 3, 2010; Garbi, Touris, Epele, 2012). Es decir, la resocialización suele ser uno de los procesos más difíciles para quienes han recibido tratamientos en comunidades terapéuticas.

Estas dos estrategias, de abstinencia y de reducción de daños, se aplican en programas que se conocen como *“de umbral bajo”* y *“umbral alto”*. En el primer caso, los objetivos son basados en abstinencia mientras los de umbral bajo son enfocados en la reducción en relación a las consecuencias y daño que causa el uso de drogas. Los programas de umbral bajo se realizan bajo circunstancias en las que el adicto no quiere parar el uso de drogas o para quien otros

modos de tratamiento ya han fracasados o para los que no tienen acceso a un programa de umbral alto. Los programas de umbral alto pueden ser realizados en ambos tipos de tratamiento, ambulatorio e internación, pero principalmente pertenecen a lugares de internación como las comunidades terapéuticas (Camarotti, 2012).

Aunque, tanto la Ley de Salud Mental como la nueva Ley I.A.C.O.P expresan el deseo y la importancia de respetar los derechos de los usuarios y la implementación de estrategias de reducción de daños, las políticas prohibicionistas que siguen la criminalización de la tenencia de droga, estupefacientes, impide la posibilidad de realizar y ofrecer, a gran escala, tratamientos que contemplen a los usuarios de drogas como sujetos de derecho:

Como se puede advertir, ante los intentos de reforma en la atención a los usuarios de estupefacientes, sobre todo a partir de la implementación de la Ley de Salud Mental, las concepciones producto de la matriz “prohibicionista-abstencionista” continúan operando impidiendo el desarrollo de dispositivos de base comunitaria adecuados a la visión de los usuarios de drogas como sujetos de derechos. (Corda, Galante, Rossi, 2014, p. 33)

Mientras el informe de Corda, Galante, y Rossi fue publicado antes de la Ley I.A.C.O.P., que habla específicamente sobre la abordaje de consumos problemáticos, incluso la aplicación de tratamientos basados en reducción de daños, el conflicto entre las políticas en este campo permanece. Todavía, la tenencia de estupefaciente es un delito y las políticas en general siguen basándose en las ideas prohibicionistas. Últimamente, las políticas “prohibicionista-abstencionista”, y como extensión los tratamientos, son dominantes.

Estrategia Metodológica

Esta investigación exploratoria fue realizada durante el mes de Mayo del año 2015. El trabajo de campo fue realizado principalmente en un centro de tratamiento, Centro Xavier, para adicciones y consumos problemáticos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Trabajo de campo

El trabajo de campo se realizó a través de entrevistas con 8 profesionales que trabajan en el Centro Xavier y una entrevista con una investigadora (no asociada con el Centro Xavier) en

el campo de adicciones y consumos problemáticos. De los entrevistado/as que trabajan en el Centro Xavier, uno fue el jefe del centro y un medico psiquiatra, 5 fueron psicólogas, uno fue el secretario y una fue ginecóloga.

Se realizaron las entrevistas en formato semi-estructurado. Una de las entrevistas fue realizada con dos profesionales en conjunto y todas las otras se realizaron individualmente. En total se realizaron 8 entrevistas. En promedio, cada entrevista duró aproximadamente una hora y todas las entrevistas de los profesionales que trabajan en el Centro Xavier fueron realizadas en el centro. Para organizar los resultados, la información obtenida por las entrevistas fuer codificada en siete categorías:

1. Información general sobre el Centro Xavier
2. Admisión, derivación, y perfil de los pacientes
3. Acceso al centro y el tratamiento
4. Líneas teóricas en el tratamiento
5. Practicas/formas en el tratamiento
6. Terminación y abandono y seguimiento
7. Políticas: cambios y conflictos

Además de realizar entrevistas, se observó todo lo que pasaba en el centro durante el tiempo antes y después de las entrevistas y en uno de los reuniones de equipo que se hacen cada semana. Incluso en las observaciones fueron las actividades y interacciones de ambos los profesionales en el Centro Xavier y el CESAC y los pacientes y las características físicas del centro. Esta observaciones sirve para complementar la información obtenido en las entrevistas.

Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir del trabajo del campo realizado entre el 18 y el 27 de Mayo. Para una mejor organización de la información, se utiliza la serie de categorías que se presenta a continuación.

1. Información general sobre el Centro Xavier

El Centro Xavier es un centro de umbral bajo para el tratamiento de las adicciones y los consumos problemáticos. Se trabaja desde la perspectiva de reducción de daños, y la base teórica en el tratamiento es el psicoanálisis. Actualmente, el Centro Xavier aborda el problema de consumos problemáticos desde múltiples tácticas, *“tenemos un área de asistencia, un área de prevención, y un área de capacitación.”* (Dr. Wolverine, 2015). Se cuenta con 15 empleados y, en el área de asistencia, se realizan tratamientos ambulatorios:

Esquema del centro se denomina ambulatorio ampliado, esto es, no hay un esquema universal para todos los pacientes, sino que con los recursos que tenemos, se diseña un tratamiento para cada paciente. Los recursos: psicólogos, trabajador social, psiquiatras, y la medica ginecóloga... y las instancias son: psicoterapia individual, grupal, grupo de familiares, interconsulta psiquiátrica, entrevista familia, con familiares en forma puntual... de esta prestación... se establece en cada caso cual es más conveniente. (Lic. Archangel, 2015)

Actualmente, El Centro Xavier comparte su lugar con un CESAC (Centro de Salud y Acción Comunitaria) y ambos el CESAC y el centro pertenecen al Hospital X:

La escala jerárquica es así: gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, como máximo organismo, Ministerio de Salud, y entonces dependemos de la Región X de salud... de la Región X, dependemos del Hospital X, área programática, y últimamente el CESAC X. (Iceman, 2015)

El centro está financiado por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, pero no tiene un presupuesto propio. Además, el Centro Xavier no tiene una estructura llevada adelante por ningún gobierno o gestión. Como no tiene una estructura mandada por otra institución, se trabaja en el Centro Xavier *“más... en equipo, no jerarquización, de jefe y empleado, sino que el grupo trabaja con ciertos criterios unidos...”* (Iceman, 2015).

El Centro Xavier se abrió en el medio de los 90s como hospital de día. En este momento había una gran necesidad en Argentina de tener un lugar de mayor contención:

Años 90 en Argentina, muchas personas que consumían cocaína, y en esa época, lo hicieron por el inyectable. Entonces... la gente enfermaba de VIH y las medicaciones que existían en esta época eran medicaciones no tan aptas... con muchas consecuencias

negativas para la salud... muchas personas murieron, y en tiempos cortos. En esta época para nosotros... [había] la necesidad de dar respuestas más rápidas de la salud... El Centro [Xavier], tenía un... hospital de día, porque la dinámica que se necesitaba con estas personas era una dinámica de muchas horas durante mucho tiempo del día, con un tratamiento bastante fuerte intensivo... se necesitaba que los dispositivos de salud sean inmediatos y sean de una fuerte contención. (Lic. Storm)

Actualmente, el centro no cuenta con un hospital de día, solamente hacen tratamiento ambulatorio, conjunto con programas de prevención y clases para otros profesionales.

2. Admisión, derivación, y perfil de los pacientes

El primer paso en el proceso de tratamiento es la admisión. Las personas llegan al Centro Xavier, primero, para tener, por lo menos, una entrevista de admisión. Éstas se dan tres días a la semana por la mañana en horarios previamente pautados. Las personas asisten sin turno y hacen una entrevista con uno de los tres admisores. En esa entrevista el admisor determina si es posible atenderlo en este centro o no.

Cada semana los profesionales del centro tienen una reunión de equipo en la que los tres admisores presentan las admisiones de la semana pasada al resto del equipo en la que deciden qué profesional va estar a cargo de cada paciente. Además, durante este tiempo el equipo profesional discute el perfil más detallado de cada paciente para pensar en los tipos de tratamiento y herramientas que se puede implementar en cada caso.

A través este proceso de admisión, seleccionan el perfil de los pacientes que van a atender. Como el centro tiene solamente tratamiento ambulatorio, cuando la demande exige otro tipo de tratamiento, se deriva a la persona a otra institución:

Vemos si esa persona cumple con un perfil para un tratamiento ambulatorio, como hacemos acá, si esa persona necesita tal vez una derivación a un hospital de día, que es un tratamiento de mayor contención, o si esa persona necesita una internación. En el caso que necesite una internación o un hospital de día, en ese momento el terapeuta le da una orden de derivación y ya ese paciente no pertenece al centro. (Karina, 2015).

Todos los profesionales entrevistados destacaron que el criterio más básico para la admisión es que la persona pueda sostener un tratamiento ambulatorio. El jefe del centro explicó que *“es un criterio de inclusión... se puede decir muy fácil, todas las personas que se pueden sostener el tratamiento ambulatorio los atienden. No importa si es un dependiente, si es un experimentador, si es un usuario esporádico de drogas, si es un adicto”* (Dr. K, 2015). De acuerdo a otra psicóloga, *“el eje sería, si está en condiciones de responsabilizarse para hacer un tratamiento ambulatorio”* (Lic. Jean Grey, 2015).

En este proceso de admisión, los profesionales que trabajan en el centro identifican limitaciones de dos naturalezas distintas para admitir una persona como paciente en el centro, una está enfocada principalmente en la persona y su situación y la otra está enfocada en los recursos con los que cuenta el centro. Desde la perspectiva que se enfoca en la persona, los profesionales sostienen que se relaciona con cuestiones vinculadas, por ejemplo, con la gravedad del problema de consumo en ese momento, con sus marcos de contención, con la capacidad de esta persona para acceder regularmente al centro, para decidir si la persona es para el Centro Xavier o para derivar:

Por ejemplo, psicosis, si esta persona está compensada, esta medicada, y puede funcionar de lo que sería la obligatoriedad de verlo dos, tres veces por la semana (en el centro para hacer su tratamiento) se toma. Si es una persona... con alucinaciones, está mal, está descompensado, se deriva, o sea, no es la patología, si es psicosis o no, que se toma, sino la severidad con lo que presenta su padecer... y si lo tenés que amparar... lo derivas. (Lic. Jean Grey, 2015)

Otro [caso para derivar] es la que esté en periodo de agudo... y... para mí también para derivar, son los casos de abstinencias agudas... de unos con suspensión salvaje de consumo... entonces [para derivar son los casos de] abstinencias agudas, e intoxicaciones agudas. (Lic. Archangel, 2015)

[Con los] pacientes que no tengan ciertos marcos de contención social... es muy difícil trabajar con ellos en tratamiento ambulatorio... entonces, tratamos de que el marco de contención, sí bien nunca es la más adecuada porque la gente que llega acá llega con familias y lazos bastante lábiles... es difícil que podemos tener pacientes que tienen muy poca contención social... entonces, cuando hay presente un cierto marco, esto permite trabajar en forma ambulatorio. (Lic. Archangel, 2015)

La verdad es que el criterio básico, al menos, de lo primero, es si no tiene un lugar donde dormir es muy difícil que pueda sostener un tratamiento ambulatorio. (Iceman, 2015)

Asimismo, para decidir los casos en que los admiten o no, se considera no solamente el perfil de la persona, sino también aquello que se corresponde con los recursos que tiene el centro. Una de las psicólogas lo explicó así: *“¿qué le puede ofrecer el centro a una persona para hacer el tratamiento, cuáles son nuestras limitaciones y con cuáles podemos seguir adelante?”* (Lic. Jean Grey, 2015). Como el Centro Xavier es de umbral bajo de exigencia, ofrece tratamiento ambulatorio, aunque como dijimos tiene ciertas limitaciones:

Por otro lado tenemos carencias del tipo logística... no tenemos guardia, el centro cierra los sábados y domingos... no hay medicación. El Centro no cuenta, o cuenta con... muy, muy poca medicaciones para dar. Entonces, si el paciente tiene que recibir medicaciones caras, y no puede comprarlas, eso, a mi, juicio... lo mejor es derivarlo... porque tiene que hacer una receta tiene que ir a desarrollo social y pedirle, si no hay se le complica al paciente... (Lic. Archangel, 2015)

Además, en el Centro Xavier, se atienden a personas mayores de 18 años; cuando viene alguien de 17 años o menor, se derivan principalmente a otro centro en la CABA que trabaja con estrategias similares pero que se enfoca en el tratamiento de menores.

El perfil de los pacientes que se atienden en el Centro Xavier está determinado por parte en como llegan, pero más que todo, el perfil más general de los pacientes está determinado por los criterios que usa el centro para decidir si esa persona puede atenderse en el Centro Xavier o necesita una derivación a otra institución de mayor contención. Entonces, como no tiene tratamiento para menores, la mayoría de los pacientes son adultos jóvenes, entre 25 y 35 años, y son personas que, por lo general, tiene un cierto nivel de contención familiar o referente o algo comparable para que puedan sostener tratamiento ambulatorio.

3. Acceso al centro y el tratamiento

Las personas acceden al Centro Xavier por muchas vías distintas: incluso espontáneamente, por una recomendación, porque se busca tratamiento por el internet o por teléfono, por una derivación de otro centro o hospital, o por una derivación judicial:

Los procesos son varios, por ejemplo, alguien que pasa por la calle y ve el cartel y entra y pregunta por su hijo o por su mismo. Alguien que es derivado del otro hospital u otro centro, alguien que un amigo le pregunto, un familiar, alguien que lo mandan por vía jurídica, por la vía judicial. (Lic. Storm)

Los profesionales en el Centro Xavier, por los menos todos los que fueron entrevistado/as, creen que el tratamiento suele ser más exitoso en los casos en los que las personas *eligen* acceder y empezar con el tratamiento por voluntad propia y no una derivación judicial o un tratamiento compulsivo:

...tampoco pensamos que los tratamientos impuestos sean eficaces... yo creo que no son. Un tratamiento debe ser una elección de alguien... una opción, no una imposición. Una persona [que viene] de la justicia, que tiene la imposición de realizar un tratamiento... no quieren venir... solamente para cumplir, para que le firman el papel... no va, en la experiencia nuestra es que no va. Ya aunque quieren venir es difícil, imagínate si no quieren venir, ya voluntariamente es difícil... (Dr. Wolverine, 2015)

El Centro Xavier no solamente prefiere no recibir personas mandadas por vía jurídica, porque no se cree en está imposición de hacer el tratamiento, sino que actualmente no cuenta con muchos pacientes que viene por esta vía. De todos los modos de acceder al centro para realizar el tratamiento, *“la mayoría vienen derivados o de hospitales o... son gente que sale de internación y empieza un tratamiento ambulatorio”* (Iceman, 2015).

4. Líneas teóricas en el tratamiento

El tratamiento que se realiza en el Centro Xavier está basado en el psicoanálisis, *“fundamentalmente como teoría de comprensión del fenómeno de consumo de drogas, es el psicoanálisis”* (Dr. Wolverine), *“básicamente la formación de todos está vinculada a psicoanálisis.”* (Lic. Archangel, 2015). Con esta corriente teórica, se enfatizar la necesidad de trabajar *caso por caso* y establecer una relación entre la terapeuta y el paciente, *“trabajamos*

con una escucha diferenciada; primero, una escucha... que es el paradigma básico psicoanálisis de abordaje, que es el caso por caso y la singularidad” (Lic. Storm). :

La orientación [del tratamiento en este centro] es psicoanalítica para tratar de ver el problema, justamente, no suspender el consumo de la sustancia sino problematizar lo que la persona que está tomando... o sea ponerla el acento en la persona que está consumiendo. (Lic. Jean Grey)

La relación entre terapeuta y paciente busca establecer una intimidad y transferencia entre ellos que promueve trabajar en profundidad el/los problema(s) que ha(n) llevado esta persona a tener consumos problemáticos; desde la perspectiva de psicoanálisis el problema principal no es que se consume, sino tampoco que su consumo se ha convertido en un problema. La relación sirve para que *“uno [el terapeuta] pueda... trabajar la preguntar para el otro... con el otro... y que el otro pueda solucionar esta cuestión”* (Lic. Storm). Este centro atiende a pacientes con problemas de consumo y aplica el psicoanálisis como se aplicaría para una persona sin problemas particularmente con respecto al consumo:

Dentro del marco clínico trabajando como cualquier otro paciente, con entrevistas en las que la persona va en ir desplegando parte su problemática y de alguna manera... escucharse, a si mismo, esta problemática, como estado en que estado, y como atravesado como sujeto y plantearse la forma en que puede cambiar... como en cualquier tratamiento convencional. (Lic. Storm)

El otro tema teórico que subraya todo el trabajo que se realiza en el Centro Xavier es trabajar desde la perspectiva de la reducción de daños:

...umbral de baja exigencia así se llama esto que nosotros hacíamos que era un criterio de reducción de daños pero nosotros lo aplicamos por las nuestras... es decir nosotros empezamos a instrumentar criterio de reducción de daños sin saber que existía reducción de daños... (Dr. Wolverine)

Conjuntamente, se cambió tempranamente la exigencia del centro en implementar términos que pertenecen a la perspectiva de reducción de daños que desean cambiar la estigmatización del uso y los/las usuario/as de droga: *“con el tiempo, abandonamos... la palabra drogadicción, drogodependencia y, no lo inventamos nosotros pero junto con mucha otra gente, hablamos del*

consumo problemático.” (Dr. Wolverine); “Y es así que la palabra ‘drogadicto’ implica mucho. Por eso nosotros usamos... la frase ‘usuarios de drogas’ o ‘problemática de consumo’...” (Iceman, 2015). Aunque todavía esta estigmatización permanece y permea a través de tanto el ámbito social como lo profesional:

...muchas veces, nos pasa a nosotros que derivamos a un paciente que puede llegar al consumo problemático pero no es el punto más grave, sino que por ahí tiene... problemas de psicosis o de estar en riesgo para sí o para terceros que es lo más primordial que un consumo de alguna sustancia. Por eso, lo derivan a un hospital de día o un internación, y se recibe que esta [institución] lo revota porque la problemática es de consumo o porque es un drogadicto... hay mucha estigmatización en distintos ámbitos públicos con respecto al consumo de drogas... es complejo porque no solamente de los profesionales que se puede llegar a escuchar eso, [la estigmatización con respecto al uso y los usuario/as de droga], que eso sería un error grave, sino que también está muy bien instalado en la sociedad. Como que el drogadicto tiene que estar por fuera, el drogadicto es ‘chorro’... y está estigmatizado en ese espacio, o en ese rol, que en realidad no va con eso, o al menos, no se puede generalizar en eso. (Iceman, 2015)

El Centro Xavier no trabaja desde la perspectiva abstencionista ni cree en las políticas prohibicionistas, *“nosotros no profesamos una creencia en que hay que disciplinar a las personas, ni tampoco hay que prohibirles. No es nuestra manera de pensar” (Dr. Wolverine)*. La abstención de drogas/sustancias no es un requisito para empezar el tratamiento ni el criterio para terminarlo, no es el marco de el alta. Para ellos, lo supremo es considerar como es la situación y las necesidades de cada paciente y enfocarse en la persona y no en la sustancia. De acuerdo a los profesionales del Centro Xavier, los tratamientos abstencionistas y que son aplicados indiscriminadamente a todos igual:

Es muy importante... trabajar en el caso por caso, es muy distinto de otros lugares donde se atienden el tratamiento a las adicciones y para todo el mundo viene la misma... se encuentra con una organización que es para todo el mundo igual. Acá estamos al antípoda de esto. Ni tampoco, por ejemplo, en los tratamientos que es común para todos, más se llaman comunidades [terapéuticas], el objetivo es la abstinencia del consumo, y acá, no, acá la abstinencia venderá cuando caiga el consumo porque empieza un tratamiento. No es una condición [la abstinencia], sino acá para empezar un tratamiento... esa también es otra diferencia importante. (Lic. Jean Grey)

De acuerdo a su manera de trabajar con la perspectiva de reducción de daños en el Centro Xavier, no se apoyan las internaciones largas:

Estamos orientados a que la internación sea lo menos posible, porque le des contextúa, aísla... por eso preferimos los que son ambulatorios, cuando son posibles... y en general, en internaciones breves, lo más breve posible... como en el caso de tener un paciente intoxicado. (Dr. Wolverine)

Tampoco creen que una desintoxicación sola cuenta como una forma tratamiento completo; esta sería un primer paso en el tratamiento porque la sustancia no es el ultimo problema, solamente el problema más evidente y, a veces, urgente:

Sí, el tema ahí (en la guardia de toxicología) es de la sustancia. La sustancia esta generando el problema y lo trabajan clínicos que son toxicólogos... un toxicólogo te saca la cocaína, te saca el alcohol, te saca lo que sea que está haciendo crisis... y salís, volvés a tomar. 'Eh', el toxicólogo dice, 'pero cómo es esto', y volvés a tomar y volvés a tomar, esta pata es la que empieza a trabajarse lo crónico, la próxima gesta, que todavía este movimiento seria lo que... es lo que nos encontramos nosotros en realidad. Ve que no es la sustancia... Para un toxicólogo, es la sustancia, tiene razón, y ojalá que esté ahí para saber que para cada sustancia hay una antídoto, no digo que no, digo que el agudo es el protagonista que lo va a sacar del momento, sí, pero la próxima gesta... que es necesario, no sabe que hacer el toxicólogo... cada problemática... quedarle su lugar. (Lic. Jean Grey)

Principalmente, el tratamiento que se realiza en el Centro utiliza las teorías del psicoanálisis y de la reducción de daños como los fundamentos del tratamiento.

5. Practicas/formas en el tratamiento

El Centro X cuenta con varias formas de tratamiento pero el psicoanálisis es constantemente la base teórica en todos los modos de abordaje que se realicen. En línea con esta teoría los tratamientos que un paciente realice en este centro dependen de qué servicios el terapeuta decide que, en conjunto con cada paciente, son necesarios o pueden servir al paciente en este momento *Casi todos trabajamos desde el psicoanálisis... Por lo menos, tienes que buscar, siempre, el caso por caso... o sea la singularidad de cada uno que viene acá. (Lic. Storm, 2015):*

No hay un esquema universal para todo los pacientes, sino que con los recursos que tenemos, se diseña un tratamiento para cada paciente. Los recursos: psicólogos, trabajador social, psiquiatras, y la medica ginecóloga... y las instancias son: psicoterapia individual, grupal, grupo de familiares, interconsulta psiquiátrica, entrevista familia, con familiares en forma puntual... de esta prestación... se establece en cada caso cual es más conveniente... La variedad de casos es muy grande, desde las estructuras clínicas hasta el fenómeno de consumo de cada uno, como se presenta el consumo, porque, tal vez, en casos de personas que tiene consumo muy duro, muy seguido, y por ahí uno se puede arreglar para verlas... dos, tres veces por semana, que venga al grupo, armar estrategias más incisivas. (Lic. Archangel, 2015)

En el Centro Xavier no se enfoca o se determina el tipo del tratamiento por la sustancia, la(s) droga(s), que un paciente estaba o está consumiendo:

Nosotros tratamos de centrarnos en la persona no en la sustancia, pero tomamos en cuenta la sustancia si necesitan medicación, si necesitan interconsulta psiquiátrica, o alguna interconsulta medica que lo mandamos al hospital... (Dr. Wolverine, 2015)

Unos de los profesionales explicó que tampoco se determina el tratamiento por el grupo o el perfil al cual pertenece el paciente, por ejemplo, etario, genero, sexo. No obstante, para los tratamientos grupales, algunos profesionales enfatizaron la necesidad tener grupos constituidos por personas con perfiles análogos:

Cada persona necesita una estrategia distinta... hay algunas personas que vienen una vez por semana y otros que vienen tres veces por semana... depende del momento y depende de otras variables... estructurales... Entonces la estrategia es de acuerdo a cada persona, no de acuerdo a cada grupo. (Dr. Wolverine)

También hay momentos, en los cuales, algunos están derivados al grupos... algunos no todos, además de realizar tratamiento individual son derivados a un grupo.... tratamos que los pacientes que derivamos al grupo tengan perfiles similares... tratamos de que los grupos sean más o menos en algunos puntos que tengan una singularidad. (Lic. Storm, 2015)

Todos los profesionales estaban de acuerdo en que el tratamiento grupal es valioso aunque actualmente, con los recursos que cuenta el centro hay ciertas limitaciones en brindar tratamiento grupal. Además porque el tratamiento grupal requiere que una cierto cantidad de personas vengan, y a veces los grupos no funcionan porque los que pertenecen a ellos dejan de

venir, “no siempre tenemos grupos porque a veces las pacientes acá como que sostienen los tratamientos durante tiempos cortos y les abandonan, entonces los grupos quedan como desarmados” (Lic. Storm, 2015).

Al igual que los componentes del tratamiento que son distintos en cada caso, la frecuencia de asistencia al tratamiento, si va a un tratamiento grupal o para tener entrevistas adicionales con el trabajador social o un psiquiatra; las estrategias específicas que se utilizan con cada profesional en cada caso son distintas; eso depende no solamente del caso sino también “depende de cada profesional” (Lic. Storm). Algunos profesionales en el Centro Xavier explicaron que solamente se aplican estrategias que se originan del psicoanálisis, “No... básicamente la formación de todo está vinculada a psicoanálisis” (Lic. Archangel, 2015) mientras otros utilizan estrategias que pertenece a otras corrientes cuando es necesario:

A veces, además de trabajar desde la perspectiva de psicoanálisis, también en ciertos momentos, hay que incluir otros elementos de otras corrientes teóricas... si alguien viene con una cuestión de fallo de control en el consumo, no puede cortar y si sigue consumiendo se va a morir si no se corta el consumo... se ve, a veces problemas de consumo muy severos... a veces en este caso hay que tener una intervención más del campo conductivo o conductual ... que no se viene las estrategias netas de psicoanálisis... a veces se va armando, se va tomando, para algunos casos especiales, de elementos de otras corrientes. (Lic. Storm)

Un ejemplo de un caso real: una paciente que vivió en la calle y sus problemas de salud más generales, tenía diabetes, tenía problemas de alimentación y habitacional, eran mucho más grave que el poco frecuente uso de la cocaína, que “era una de las formas de escape que esta paciente tenía... era como el único... situación de placer que podría permitir” (Lic. Storm); Últimamente:

...pudo reordenarse... al principio, necesitó intervenciones más conductuales, es así, y en realidad ahora que la paciente pudo reordenarse... acciones más de tipo conductuales, trabajo más de la orientación que no es el psicoanálisis porque el psicoanálisis uno debería... trabajar la pregunta para el otro y que el otro pueda solucionar esta cuestión. Pero al mejor esta pregunta es diferente... por eso esto sería otra forma de intervención más de la orientación... sería más una intervención más cognitiva o conductual... de otros campos. (Lic. Storm)

Junto con la idea de tener una cierta flexibilidad en la implementación de las teorías en la práctica para que pueda ser más eficaz, también existe la necesidad de no trabajar siempre desde la perspectiva de reducción de daños; por ejemplo, “*el cuidado que tiene que tener una paciente embarazada, que la posición es la mujer y su bebe... no hay que trabajar en reducción de daños, por lo que implica para el bebe...*” (Lic. Rogue, 2015). Así que hay casos que requieren que se implementen prácticas abstencionistas:

Ningún modelo puro es adecuado (con respecto a los modelos de abstencionismo y de reducción de daños). Yo trabajo, hoy día, desde la perspectiva de reducción de riesgos y daños, pero yo te digo lo siguiente: si aquí viniese a este centro una mujer que embarazada que tiene 17 años... y está en consumo, deberíamos tener una mirada abstencionista. En muchos casos hay que tener una mirada, tal vez, abstencionista. Es... obligatorio que una mujer que está en consumo durante su embarazo va a dejar daños a su hijo. Entonces, hay que parar ahí el consumo. Sea como sea. Si la estrategia es internarse, tiene que internarse. Hay muchos casos que puede ser similares... entonces por eso yo considero que no hay modelos puros. Que uno piensa que desde la experiencia hay modelos más posibilitadores para el otro, posibilitadores para el otro, pero no considero que va a ver un modelo cien por ciento puro. (Lic. Storm).

Todos los profesionales entrevistados estaban de acuerdo en que básicamente el abstencionismo puro no es una buena estrategia para el abordaje de los consumos problemáticos, tampoco en el área de prevención. Primero, se limita mucho a las personas que acceden al tratamiento, segundo, que este tipo de tratamiento, en la gran mayoría de los pacientes, no logra una recuperación sostenible, y tercero, que se ve históricamente, en la realidad, el fracaso de este tipo de tratamiento:

¿Cómo eran estos lugares [de internación]? Lugares bien... no consumían porque estaban encerados, y por ahí más tratamientos conductistas. No había un director médico a cargo, muchas veces las pacientes entraban y estaban dos años ahí encerados y nunca habían tratado por un terapeuta, porque no contractaban terapeutas tampoco. Y quienes estaban en poco a cargo de la coordinación eran ex pacientes... Los pacientes, prácticamente ahí, lo que hicieron era un tratamiento de desintoxicación. Una desintoxicación se podría hacer en dos meses no en dos años, no necesitamos dos años para desintoxicar a alguien... pero cuando [los pacientes] volvieron de salir, volvieron con los mismos problemas... no habían tenido herramientas para fortalecerse, ni forma de ver tampoco cosas en su pasado. (Lic. Storm)

Actualmente, el Centro Xavier no cuenta con un hospital de día, como a su inicio, y tampoco tiene los recursos, particularmente financieros, para ofrecer “talleres y actividades grupales” más interdisciplinarios para grupos de distintos perfiles, como adolescentes:

...en realidad no nos dan materiales o recursos materiales... los tenemos que pagar nosotros tanto como los muebles, el papel higiénico o un mate o café... tenemos que pagar nosotros. Entonces, los recursos serían los sueldos de los empleados... Los sueldos son los únicos recursos que tenemos. (Iceman, 2015)

Algunos profesionales expresaron el deseo de tener un hospital de día en la actualidad, aunque es una cuestión de recursos:

...un hospital de día requiere más recursos que ahora tiene para brindar la atención y el tratamiento, por eso se cambiaron a centro con tratamiento ambulatorio... No es que no sean deseado un hospital de día, pero dejó de ser tan inmediatamente necesario como lo fue en algún momento en los años 90. (Lic. Storm)

De acuerdo a la psicóloga, que está principalmente a cargo de los tratamientos grupales, el tratamiento que se realiza en forma grupal es lo más valioso, que crea otros deseos en la vida del paciente, y que es realizado de mejor manera en un hospital de día:

Nosotros tuvimos hasta el año 2000 hospital de día, y lamentablemente por situaciones que a mí me exceden, que dependen de políticas de salud, lo cerramos... te digo que el mejor dispositivo es el hospital de día... son diseños que arme en relación al consumo problemático y el encuentro con el otro, la creatividad. Vos pensás que en un hospital de día... yo te estoy hablando que el hospital de día no es para cualquier paciente... es el paciente que a la mañana en vez de desayunar consume. No estoy hablando del paciente que consume un domingo en un boliche. Estoy hablando del paciente agudo en relación de lo complicado que está con el consumo, de un consumo significativo... tiene una problemática específica que necesite el encuentro con el otro a la mañana, necesita desayunar con los otros e incorporar la creatividad, el juego... lo que veo el juego en lo que implica el contacto con el otro, porque todo lo que hicimos nosotros de niños para estar hoy... no lo hicieron (los dichos pacientes). Vos, cuando jugas, ganas, perdés, tenés un encuentro, estás con el otro, trabajas con la fantasía, la lectura compartida, lees cuentos... son pacientes nuestros que la fantasía es cero. No existe la fantasía, no existe otro deseo que no sea el consumo. (Lic. Rogue, 2015)

6. Terminación, abandono y seguimiento

En el Centro Xavier no hay un punto determinado, ni por tiempo ni por otra determinante como la abstinencia, que se usa para reglamentar la terminación de un tratamiento. Tanto como se deciden los componentes del tratamiento sobre una base de caso por caso, “para decidir... como un alta... depende en el profesional y el caso” (Iceman, 2015), se deciden la terminación en la misma manera, no tienen un criterio de alta igual para todos:

...depende del caso, el paciente termina no necesariamente cuando deja de consumir. Porque no es nuestro... no es un objetivo... no es una condición... Nosotros valoramos mucho que el paciente... no si consume o no consume... si puede constituir nuevos intereses... pareja, estudio, trabajo... lo que sea, se puede constituir nuevas objetivas en su vida. Si esto sucede... la droga cae por el tratamiento, ya pierde el lugar central en la vida. Entonces, la disminución del consumo para nosotros es positivo. Por supuesto, en los criterios de reducción de daños también, ... la modificación, el pasaje de una sustancia más tóxica a algo menos tóxico también es un progreso y de dejar de consumir también. Nosotros... evaluamos la terminación del tratamiento en función de distintas variables, no solamente, ‘Deja de consumir? Chau. No viene más.’ (Dr. Wolverine, 2015)

Uno de los profesionales contó sobre un paciente que ha estado yendo al tratamiento en el Centro Xavier por más de 10 años y otros de pacientes de cinco y seis años. Aunque muchas de las personas que empiezan el tratamiento, lo dejan y después de un tiempo algunos regresan:

...muchas veces cuando vienen dicen, bueno ‘quiero hacer un tratamiento, dejar de consumir’... vienen dos veces y dejan... pero después vuelven, en general vuelven. Seis meses, ocho meses después te dicen, ‘yo estuve la semana pasada’... ‘y bueno hace dos semanas, tres’...ni se acuerdan como es el nombre de la persona con quien se atienden, pero quieren volver a ver a la misma persona... algo de lo que le dijo, siete ocho meses después, cayó, y bueno por allí empiezan. (Dr. Wolverine, 2015)

Si un paciente dos años después vuelve y pregunta para el mismo terapeuta, bueno, vuelve a continuar no hay un problema para un reingreso...de hecho hay gente que vuelve dos tres cuatro veces. (Lic. Storm, 2015)

Dado que el Centro Xavier solamente cuenta con tratamiento ambulatorio, hay limitaciones en lo que los profesionales en el centro pueden hacer para asegurar que ellos no abandonen el

tratamiento. En general, el enfoque de formar una relación entre el paciente y la terapeuta es, para ellos, la mejor manera de promover la continuidad del tratamiento:

La clave para nosotros es trabajar mucho en la relación terapéutica, la relación que se establece con el tratante porque es lo que permite sostener que vuelva. Como es un ambulatorio, es muy importante... entonces todo el trabajo nuestro es, si no volvió, espera un día, si no, llamarlo o buscarlo y ver y establecer esto de más continuidad... entonces... priorizar, inicialmente la relación... y eso es lo que sostiene que los tratamientos continúan... si nosotros hicimos algo al tipo, no vino, se faltó, o listo, se fue, abandonó... nos quedamos sin pacientes... el tema es este, pacientes vamos a tener siempre, como somos un centro publico, pero esto sería como recibir a estos pacientes hacemos dos, tres entrevistas y firman la historia y cerrar la historia y abrir nuevas... entonces se quedan solamente los muy pocos que tienen mucho interés... y los otros, que serian la gran mayoría, se caerían. (Lic. Archangel, 2015)

Debido a esto, muchos de los pacientes sigue yendo al tratamiento porque los terapeutas trabajan para encontrarles y establecer una transferencia entre ellos. Como explica una de las psicólogas, en la voz de un paciente como ejemplo, “estoy expulsado del mundo, durmiendo en la calle, tengo frio y no como y uno me reclama para que le vaya hablar, por primera vez” (Lic. Jean Grey). No obstante, el tratamiento ambulatorio no tiene ninguna forma de contención y hay pacientes que no siguen con el tratamiento.

Con respecto a los pacientes que determinan que han cumplido su tratamiento en el Centro Xavier, no hay un seguimiento. Si los pacientes regresan al centro, van a atenderlos igual, pero un tipo de seguimiento programado no existe:

Lo que no hacemos es un seguimiento. ...el paciente está en el momento como para desprenderse del centro, no hacemos un seguimiento... tal vez por un, digamos, falta recursos... Creo que seria necesario creo, por ahí, también, mayores recursos para que pueda hacer eso. Tenemos un trabajador social, solo uno, que además está compartido con el centro general, el CESAC. (Lic. Storm, 2015)

7. Políticas: cambios y conflictos

Los profesionales en el Centro Xavier identificaron una distinción importante tanto en sus políticas como en sus modos de realizar el tratamiento y los que se han estado

implementando históricamente en Argentina. Específicamente, ellos no creen en la criminalización de la tenencia de drogas para uso personal, “nosotros no profesamos una creencia en que hay que disciplinar a las personas, ni tampoco hay que prohibirles. No es nuestra manera de pensar” (Dr. Wolverine), “una persona que tiene una sustancia en dosis para uso personal, nosotros consideramos que no se puede considerar nunca como un delito” (Iceman, 2015). Desde la perspectiva de aquellos profesionales, estas políticas han fracasado:

En los 90 se crean al... SEDRONAR, que decidía que iban a ocupar al mismo tiempo de dos cosas, del narcotráfico... y de la prevención y atención de personas consumidoras de drogas... misma secretaría ocuparse de los dos temas al mismo tiempo. Resultado, hicieron los dos cosas muy mal. Nuestro país se llenó más de consumo, o más de narcotráfico... todo el mundo quiere decir que no pero, lo vemos... con el narcotráfico lo hicieron muy mal y también con los pacientes también lo hicieron muy mal... Entonces en nuestro país el consumo de drogas, la tenencia de drogas aun para consumo personal, es un delito de los años ochenta... cualquier cantidad es un delito... han intentado despenalizarlo pero no han podido, todavía la ley siguen vigente... Entonces, deciden implementar dentro de la estrategia clínica, una política abstencionista, consumo cero. La política criminalizadora, viene de la mano de implementar en la clínica este modelo de abstencionista, ‘entran, solamente aquellos que el sistema jurídico decide que van a entrar, aquellos no, quedan afuera.’ (Lic. Storm)

Puede una persona consumir cocaína una vez por mes, que no le genera una problemática porque lo puede hacer en un ambiente cuidado un ambiente sano que es una persona que tenga su trabajo, su obra social, que estudie, que tenga su familia, y por ahí una vez por mes una vez por semana, ni importa la frecuencia, tiene un consumo, controlado en un ambiente en que este controlado, y no corre ningún riesgo ni en ni en terceros. Entonces, ¿cual sería la problemática, que consuma, o cómo consigue la sustancia y quien produce esa sustancia? (Iceman, 2015)

Así que, también, estas políticas han causado problemas en el proceso de derivación en el Centro Xavier porque a veces con las personas que necesita una derivación a otra institución, dichas instituciones no las toman porque están consumiendo:

Es muy difícil las relaciones entre instituciones publicas, porque al mismo tiempo tienes directivas o políticas publicas que a veces se acompaña, a veces no (con este cambio de vista con respecto al uso de droga)... la verdad es que con el tema de adicciones en la Ciudad de Buenos Aires nunca se acercó como para tener una política de las drogas

favorable para los usuarios. Siempre fue discriminatoria en este sentido... Hay que ver cuales son la intenciones para poder modificar ese tipo de política. (Iceman, 2015)

Además de considerar que la tenencia de droga para uso personal no debería ser criminalizada y que la criminalización impide que los pacientes reciban los servicios que necesitan, los profesionales en el centro identificaron que esta *política criminalizadora* está en conflicto con políticas más nuevas. Se nota en el reconocimiento del fracaso de estas políticas conjunto con el movimiento más recién en Argentina, tanto en el mundo, para implementar las estrategias de reducción de daños como y desenfatar el abstencionismo. Se considera particularmente las nuevas leyes de Salud Mental y la Ley I.A.C.O.P. (Plan Integral Para el Abordaje de los Consumo Problemáticos):

Las leyes, en mi opinión, están en crisis, entonces cuestionadas. Por ejemplo, nosotros acá podemos fundamentar este que técnicamente que el paciente que consume no tiene que ser penalizado. Porque si no se lo mezcla como delincuente, como chorro como de mal vivir. El paciente con un consumo problemático es un paciente con problemas de salud, no es un delincuente, eso no implica vender, negociar, eso es otra cosa... Como terapeuta lo que te puedo decir es que el consumo problemático penalizado no corresponde. No es voluntario. Las adicciones son patologías muy agudas todas. Son problemas de salud... Hoy la ley jurídica está en crisis, por ser superada por la realidad... mundialmente. (Lic. Rogue, 2015)

Igualmente, las incoherencias en las políticas que se trata del tema de consumos de droga no son totalmente nuevos:

En la constitución, hay un artículo que plantea que uno es libre hacer lo que quiera siempre cuando no rompa con las libertades del otro. Y eso también es contradictorio... y en este caso no está cumpliendo con la Ley [que criminaliza] la tenencia de droga. (Iceman, 2015)

Las leyes de Salud Mental y el I.A.C.O.P. no ha cambiado como se trabajan y se hacen tratamientos en el Centro Xavier; las practicas y el tratamiento que se implementan en este centro ya estaban diseñados y llevados en la forma que es sólo recientemente apoyado de alguna manera en la ley. De acuerdo a algunos, estas leyes, principalmente por su conflicto con la Ley 23.737, que criminaliza la tenencia para uso personal, y porque son de los últimos años, no han llevado cambios en la practica en cualquier centro de tratamiento. Otros profesionales

recalaron la importancia de estas leyes no específicamente en este centro pero más ampliamente en el ámbito publico:

...hemos visto muy pequeños, paulatinos [con respecto a la Ley de Salud Mental]. Por ejemplo, este hospital, Hospital Nacional en Red, viene a implementar políticas publicas desde la perspectiva de la reducción de riesgos y daños... pero, no... la nueva Ley I.A.C.O.P viene como apoyar la Ley de Salud Mental, pero específicamente en los consumos problemáticos. La Ley crea programas que deberían implementarse y sostenerse en el tiempo, pero todavía todos estos programas no están armados en su gran mayoría... si nosotros, como país, no ... la responsabilidad de despenalizar la tenencia de drogas para consumo personal, no estamos siendo coherentes todavía con todos estos programas... hay muchos movimientos... para despenalizar la tenencia de drogas para consumo personal... Lo importante es que el consumidor salga de la figura del delincuente... yo te digo que 90 por ciento [de la Ley I.A.C.O.P] es letra muerta. (Lic. Storm, 2015)

En este centro no (cambiaron practicas con respecto a estas leyes), nunca nos se falta ninguna ley para trabajar como trabajamos con los pacientes, pero si hay cambios... es decir, nosotros empezamos a trabajar de acuerdo a la ley actual mucho antes de la ley se hiciera. Es decir, con respecto a los pacientes, el consentimiento... nunca internamos a nadie contra su voluntad, siempre priorizamos que los pacientes estuvieron en el centro de la decisión propia ... la Ley viene como refrendar practicas que traemos de antes, reducción de riesgos y daños... lo que sí tenemos con la Ley es como un respaldo para pedirle a otras instituciones que la respetan cuando derivamos, por ejemplo a un caso complicado. Entonces, sí tenemos un respaldo en la Ley... (Lic. Archangel, 2015)

Discusión

Los profesionales en el Centro Xavier trabajan fuertemente con los recursos que tengan para brindar el tratamiento ambulatorio a tantas pacientes como sea posible. El centro, como institución, tiene dos décadas de experiencia trabajando con adicciones y consumos problemático. Durante este tiempo ha cambiado su lugar algunas veces y el modo de tratamiento, desde un hospital de día hasta un centro con tratamiento ambulatorio ampliado, pero el tratamiento ha sido basado en el psicoanálisis y la reducción de daños a través de todos estos cambios.

La continuidad del centro depende en como el hospital, al que el centro pertenece, deriva los recursos que viene del gobierno de la ciudad de Buenos Aires. Entonces, mientras comparte un lugar con el CESAC, recibe demandas de las personas que asiste el CESAC por lo que cobra visibilidad la existencia del centro, sin embargo la imposibilidad de contar con recursos propios hace que brindar los servicios que podrían dar, como hospital de día, talleres, etc., esté limitada por la disponibilidad del espacio, recursos económicos y humanos. Por ejemplo, el trabajador social, que sirve un rol de tanta importancia en el Centro Xavier, está compartido entre el CESAC y el Centro Xavier. Además, dado que el centro no reciben fondos más que los sueldos, es imposible rearmar un hospital de día, que han tenido hace 15 años, como quiere aquellos profesionales. La mayoría de las limitaciones que se encuentra en el centro existen a partir de una falta de recursos.

Como el Centro Xavier es un centro publico, cualquier persona que venga para el tratamiento se la tienen que atender, primero, para determinar si se pueda realizar su tratamiento en este centro. En el proceso de admisión los admisores se enfocan en la posibilidad que la persona pueda sostener un tratamiento ambulatorio en ese momento. Con los recursos y tratamientos que cuenta el centro, no se puede ofrecer tratamiento a las personas con consumos problemáticos quienes no tengan un cierto marco de contención por las limitaciones que son implícitas en el tratamiento ambulatorio. Estas limitaciones crea un cierto perfil de los usuarios del servicio. Con respecto al marco clínico, los profesionales en el centro hablan de la importancia de trabajar en el caso por caso, sino que al mismo tiempo tienen que definir un perfil más general de acuerdo al servicios disponibles.

Ya que el único tratamiento disponible en este centro actualmente es el tratamiento ambulatorio, en los casos que este tratamiento no sea el apropiado, lo derivan a otra institución. En este proceso se encuentra un fracaso en la red: primero, si la derivación es para una internación, puede ser que la institución que va a recibirlo no aplican estrategias apoyadas en el Centro Xavier como las de reducción de daños ni tampoco considera que la internación debería ser realizado solo hasta que esta persona pueda realizar un tratamiento ambulatorio, que no la aísla. Entonces, el centro tiene que derivarlo a un lugar que no es de acuerdo a su

ideología. Segundo, reciben muchos casos en que la persona no pueda realizar este tipo de tratamiento, no por un consumo problemático agudo pero porque está en la calle, necesite un lugar para dormir y alimentación; tiene problemas más graves que el consumo problemático que necesita solucionar antes de acercarse al problema con el consumo. Sino que muchas de las instituciones a que el Centro Xavier puedan derivarla, hogares de la ciudad que tienen camas y comida, no admiten personas que están consumiendo. Estos casos quedan atrapados; las personas no pueden sostener un tratamiento ambulatorio porque no tienen necesidades básicas aunque las instituciones en que dichas necesidades son disponibles, no están permitidas ir. Además, generalmente las personas que necesitan derivaciones tienen que esperar meses para tener un turno para ir a empezar el tratamiento en otro lugar y durante este tiempo de espera no tienen una forma de tratamiento o apoyo.

Conjunto con los problemas que existen en la red de instituciones públicas que trabajan con adicciones y consumos problemáticos se encuentra la discordancia en la política. Tanto como la paradoja entre las políticas de criminalización de la tenencia de drogas y las nuevas leyes, la Ley de Salud Mental y la Ley I.A.C.O.P., hay incoherencia entre la derivación de recursos para el abordaje del problemático y estas nuevas leyes. El Centro Xavier ya ha estado funcionando de acuerdo con estas nuevas leyes, que se proponen implementar tratamientos principalmente desde la perspectiva de reducción de daños y enfatizar el uso del tipo ambulatorio cuando sea posible, hace muchos años. Aunque, solamente lo recibe sueldos a través del hospital a que pertenece. En lugar de apoyar los centros como el Centro Xavier, que ya cumplen con las recomendaciones y estándares de estas leyes, con por ejemplo su propio presupuesto o lugar, el Estado está tratando de crear nuevas instituciones y programas que cumplan con estas leyes, por ejemplo, el Hospital Nacional en Red. Crear nuevos programas y instituciones como así es importante, pero sería valioso derivar recursos a las instituciones que ya cumplen con estas leyes y que tienen la experiencia trabajar de esta forma.

Una parte del proceso de tratamiento que no se realice en el Centro Xavier es el seguimiento. De los pacientes para quienes el centro está atendiendo en cualquier momento, se tratan de contactarlos cuando no vengán al tratamiento por varios medios, llamarlos justo ir

para buscarlos, aunque no hay una forma de seguimiento para las personas que ya han terminado su tratamiento. El seguimiento solamente depende en el paciente; si el paciente decide que quiere seguir yendo al Centro Xavier para hacer, de alguna manera un seguimiento propio para cuidarse si mismo, se puede. Pero, si el paciente no vuelva más después de terminar el tratamiento, no hay una forma de seguimiento que el centro se hacen igual para todos. Tener el seguimiento de pacientes como un procedimiento estándar en el proceso de tratamiento sería útil para crear una mejor entendimiento de los resultados del tratamiento y para comprobar regularmente, como están. Algunos profesionales mencionaron que mientras el seguimiento es importante, no es posible con los recursos que tienen ahora.

Además, es importante considerar el uso de psicoanálisis como base teórica del tratamiento en el Centro Xavier. De acuerdo a todos los profesionales el psicoanálisis sirve muy bien para encontrar y trabajar con el problema fundamental, que no es el consumo ni el consumo problemático. Trabajar caso por caso es muy valiosa por las razones subrayados por los terapeutas: para crear una relación en que la persona se siente querido, seguro, para crear transferencia y un diálogo. En este modulo, la persona trabaja fuertemente con su terapeuta para Aunque esta forma lleva mucho tiempo para establecer una relación entre terapeuta y paciente. Tiene valor preguntar, ¿Que pasa durante el tiempo entre cuando los pacientes se dejan del tratamiento y cuando regresen después de algunos meses? Esto es un proceso que ocurre regularmente de acuerdo a los profesionales en el Centro. Sería valioso investigar si hay otras formas cuidar estas personas conjunto con el tratamiento psicoanalítico.

Últimamente, el Centro Xavier empezó de trabajar con métodos, principalmente estrategias de reducción de daños y siempre con la priorización del paciente y su salud, hace más de dos décadas que sólo recientemente están siendo reconocidos en las políticas y la sociedad por su eficacia. Los profesionales en el centro trabajan a la medida de sus posibilidades con los recursos que tengan.

Referencias

Bibliografía

Camarotti, Ana Clara. (2012) Lineamientos hemisféricos de la CICAD para la construcción de un modelo integral de abordaje comunitario para la reducción de la demanda de drogas (versión preliminar). Organización de los Estados Americanos.

Cordeiro, R. Alejandro, Araceli Galante, Diana Rossi. (2014) Personas que usan estupefacientes en Argentina. Una matriz "prohibicionista- abstencionista". Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

Garbi, Silvana Laura, María Cecilia Touris, María Epele. (2012) Técnicas terapéuticas y subjetivación en tratamientos con usuarios/as de drogas. *Ciência&Saúde Coletiva*, 17(7):1865-1874.

Kornblit, Ana Lía, Ana Clara Camarotti, y Pablo Francisco Di Leo. (2010) Módulo 1: La construcción social de la problemática de las drogas. Prevención del Consumo Problemático de Drogas. Ministerio de Educación, Argentina.

Kornblit, Ana Lía, Ana Clara Camarotti, y Pablo Francisco Di Leo. (2010) Módulo 2: Periodización del Consumo de Drogas. Prevención del Consumo Problemático de Drogas. Ministerio de Educación, Argentina.

Kornblit, Ana Lía, Ana Clara Camarotti, y Pablo Francisco Di Leo. (2010) Módulo 3: Las Respuestas Legales y Sociosanitarias Frente a los Usos Problemáticos de Drogas. Prevención del Consumo Problemático de Drogas. Ministerio de Educación, Argentina.

Ley Nacional de Salud Mental N 26.657 Decreto Reglamentario 603/2013.

Disponible en:

http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-09-26_ley-nacional-salud-mental.pdf

Ley I.A.C.O.P (Plan Integral Para el Abordaje de los Consumo Problemáticos). (2014) Disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/230000-234999/230505/norma.htm>

Menéndez, Eduardo L. (2012). Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 8(1):9-24.

Ruiz, Violeta A., Josette Brawerman, Vanesa D'Alessandre. (2011). Estudio evaluativo de los tratamientos subsidiados por SEDRONAR. SEDRONAR/Observatorio de Drogas. Buenos Aires. Disponible en:

http://www.observatorio.gov.ar/especificos/temas-especificos/Estudio_evaluativo_de_los_tratamientos_subsiados_por_SEDRONAR.pdf

Sáin, Marcelo. (2009). El fracaso del control de las drogas ilegales en Argentina. *Revista Nueva Sociedad* Na 222.

SEDRONAR/OAD. (2010). Cuarta Fase del Registro Nacional Continuo de Pacientes en Tratamiento. Informe Regional de Resultados. Región Centro 2009. Buenos Aires. Observatorio Argentino de Drogas. Área de Investigaciones. Disponible en: <http://www.observatorio.gov.ar/informes/regionales/Informe%20Region%20Sur%20ta%20Fase.pdf>

Entrevistas

Dra. Mystique, Doctora en Ciencias Sociales (U.B.A.), Investigadora en el Instituto de Investigaciones Gino Germani, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 15 Mayo, 2015, 9:00hrs

Dr. Wolverine; Jefe del Centro Xavier y Medico Psiquiatra, El Centro Xavier, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 18 Mayo, 2015, 9:00hrs

Lic. Storm; Psicóloga en el Centro Xavier, El Centro Xavier, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 18 Mayo, 2015, 10:30hrs

Lic. Archangel; Psicólogo en el Centro Xavier, El Centro Xavier, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 20 Mayo, 2015, 9:00hrs (entrevistado junto con Lic. Jean Grey)

Lic. Jean Grey; Psicóloga en el Centro Xavier, El Centro Xavier, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 20 Mayo, 2015, 9:00hrs (entrevistado junto con Lic. Archangel)

Dra. Emma Frost; Ginecóloga en el Centro Xavier, El Centro Xavier, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 20 Mayo, 2015, 11:00hrs

Iceman; Secretario en el Centro Xavier, El Centro Xavier, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 18 Mayo, 2015, 11:00hrs

Lic. Cyclops, Psicólogo en el Centro Xavier, El Centro Xavier, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 18 Mayo, 2015, 12:00hrs

Lic. Rogue; Psicóloga en el Centro Xavier, El Centro Xavier, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 26 Mayo, 2015, 10:00hrs

Anexo

Pauta de entrevista

Como dice en el consentimiento informado, no voy a usar información con la que pueda ser identificado/a:

- ¿Quiere ser anónimo/a o no?
- ¿Me permite grabar la entrevista?

Preguntas Claves:

1. ¿Qué profesión tienen y qué función cumple en el Centro Carlos Gardel?
2. ¿Cuánto hace que trabaja en el campo de adicciones y consumo problemático de droga problemático?
3. ¿Puede usted contarme sobre el Centro Carlos Gardel, como un resumen de la función en el centro?



4. ¿Cómo hacen contacto con esta institución los/las consumidores/as de drogas que vienen para tratamiento? ¿Cuáles son los modos de acceso a los tratamientos?
5. ¿Qué tipo de tratamiento propones el centro? ¿Qué tratamientos/servicios realizan en esta institución? ¿Podría describirlos?
6. ¿Cómo se decidieron si un paciente pueden realizar su tratamiento en el Centro Carlos Gardel o necesitaría ir a otro lugar? ¿Cuáles son los criterios?
7. ¿Cuál es el perfil, o los perfiles, de los pacientes que asisten a este centro?



8. ¿Qué tratamientos/servicios realizan en esta institución? ¿Podría describirlos?
9. ¿Puede contarme sobre cómo es el proceso de tratamiento con el modelo de psicoanálisis? ¿Se usan otros modelos/estrategias acá?
10. ¿Cómo determina qué tipo de estrategia utilizar?
11. ¿Piensa usted que los protocolos y estrategias utilizados en este centro son efectivos o que deben cambiar?
12. ¿Entre distintos perfiles de pacientes hacen distintos tratamientos? ¿Por qué?
13. ¿Piensa que es importante que los programas de tratamiento establezcan estrategias diferenciadas por grupo etario/género/sexo/etc.? Por qué?
 - a. ¿De los pacientes que concurren presentan policonsumo? ¿Cómo se trata con estas situaciones de consumo mixto?
 - b. ¿Es lo mismo trabajar con los adolescentes consumidores que con los adultos? ¿Por qué?
 - c. ¿Es igual el tratamiento y servicios que hacen para consumidores de distintas sustancias? ¿Por qué?
 - d. ¿Qué otras dimensiones hay que contemplar?



14. ¿Cuáles son los dificultades/limitaciones más grandes del sistema de tratamiento que se utilizan acá?
15. ¿Cómo se podía resolver a estas dificultades?
16. ¿Cómo se determina si un tratamiento ha resultado efectivo? ¿Cómo se trabaja en el caso que de los paciente abandonan el tratamiento? ¿y con las recaídas? ¿Cómo se trabaja con la reinserción a la sociedad?

17. ¿Cómo se determina la finalización del tratamiento? ¿Hay una forma de seguimiento con los pacientes después?



18. ¿Ha visto usted cambios en los modelos de servicios y tratamientos ofrecido en este centro durante su trabajando en esta institución? ¿Cuales? ¿Por qué?

19. ¿Qué piensa usted de la implementación de la nueva Ley de Salud Mental (específicamente el Decreto de 2013 que habla de implementación de reducción de daños)?

20. ¿Qué piensa usted de la Ley I.A.C.O.P. de el año pasado (Plan Integral para el Abordaje de Consumos Problemáticos)?

21. ¿Cambió en algo la situación después de la implementación de estas leyes y los tratamientos y servicios ofrecido en este centro o los recursos que tiene acá para brindar el tratamiento al sus pacientes?

22. ¿Cree usted que puede llegar a hacer cambios en el centro? ¿Cómo?

23. ¿Me puede contar sobre las ventajas y desventajas de la estrategia y la práctica de reducción de daños que se realicen acá? ¿Hay ventajas o beneficios de estrategias más abstencionista o de internación que no pudieran realizar en este centro?

24. ¿Hay algo más que querría contarme sobre este tema o su experiencia trabajando en este campo?