

## Consumo problemático de sustancias y adherencia al tratamiento en TBC. Realidades complejas, desafíos vigentes

Por Cristian H. Carlini

**Cristian H. Carlini.** Licenciado en Trabajo Social. Trabajador Social en: Hospital Teresa Germani de Laferrere, La Matanza, provincia de Buenos Aires; Departamento Social del Hospital José T. Borda, Ciudad Autónoma de Buenos Aires; miembro del Staff de Docentes del Curso de Postgrado de Gestión en Servicios de Salud organizado por la Asociación de Profesionales de Salud (APS), San Justo, La Matanza, República Argentina.

Clase dictada en el marco del Curso de Actualización en Tuberculosis (TBC) “Actualización y Estrategias de abordaje tendientes al Control de la Tuberculosis”, Programa Provincial de Prevención de TBC y Lepra, Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires, Argentina, año 2022.

### Introducción

Considero de vital importancia compartir este “Dispositivo de Charla disparadora” en esta oportunidad, porque se trata de instancias que nos permiten realizar una pausa reflexiva entre tanta complejidad y dinámica del vivir cotidiano y generar una mayor reflexión y resignificación de las propias prácticas de intervención.

Para la elaboración de este breve escrito partí de los aportes realizados por un conjunto de autores no sólo de la disciplina del Trabajo Social sino de las Ciencias Sociales en general, así como de otros ámbitos.

### Reflexiones sobre el concepto de Consumos

Para comenzar con la fundamentación de la puesta en práctica de este “Dispositivo de charla disparadora” considero que es fundamental ampliar -y al mismo tiempo superar- la mirada sobre lo que se denomina “ámbito de la drogadicción”. Es necesario destacar que esta denominación en muchas oportunidades está atravesada y alimentada desde una matriz simbólica peyorativa que ampliaré a lo largo de este trabajo.

En lo personal -y tratando de estar alejado de cualquier postura “fundamentalista” en el ámbito sanitario, especialmente en el ámbito de la atención en salud pública- considero que es de vital importancia partir de una concepción / perspectiva de “Consumo Problemático de Sustancias” y de una postura estratégica sanitaria de “reducción de daños”.

Con respecto a la definición de “Consumo Problemático de Sustancias”, hay una muy variada y rica elaboración teórica sobre la importancia de profundizar el análisis sobre esta definición, pero para empezar, parto de lo expuesto en la página del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de

la República Argentina<sup>1</sup>, en la que se aporta la siguiente definición:

“Son consumos problemáticos: el alcohol, el tabaco, las drogas, el juego, la tecnología, las compras, la alimentación o cualquier otro consumo que un médico diagnostique como compulsivo, es decir, fuera de tu control”.

Comparto esa definición pero señalo que no sólo un/a médico/a está capacitado/a para realizar un diagnóstico presuntivo en esta temática y realidad compleja que son los “consumos problemáticos”, sino que es de vital importancia intentar constantemente -con aciertos y errores, con avances y retrocesos y a veces en condiciones más favorables y otras menos favorables- partir desde una perspectiva interdisciplinaria. Sobre este eje, Susana Cazzaniga expresa que:

“la cuestión de la interdisciplinariedad, como desafío a construir, pero también como estrategia necesaria de intervención y de resistencia... la interdisciplinariedad en estos nuevos escenarios no solo da cuenta de una perspectiva epistemológica que trasciende las parcialidades impuestas por las improntas positivistas, sino que se convierte en condición de posibilidad para abordar la complejidad de las demandas, y a la vez permite la contención grupal de los profesionales tanto como la elaboración de alternativas políticas de conjunto” (Cazzaniga S, 2002:5).

Tal mirada interdisciplinaria resulta de vital importancia tanto para el abordaje en la atención y acompañamiento a un usuario / paciente en tratamiento por un cuadro de TBC que al mismo tiempo atraviesa un consumo problemático de sustancias, como también para una gran variedad de situaciones problemáticas en las que debemos intervenir en nuestros ámbitos de trabajo / intervención como Trabajadores/as Sociales en particular y como trabajadores/as en general en el sistema de Salud.

También considero muy importante visibilizar la definición sobre “Consumo Problemático” que utilizan los equipos de trabajo de SEDRONAR a partir del artículo 2° de la Ley Nacional 26.934 (2014):

“A los efectos de la presente ley, se entiende por consumos problemáticos aquellos consumos que —mediando o sin mediar sustancia alguna— afectan negativamente (...) la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas — legales o ilegales— o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud”.

Partir de una concepción de “consumo problemático” nos permite reflexionar sobre estas problemáticas sanitarias y sociales desde una visión no reduccionista que tiende a limitar los consumos problemáticos a las denominadas drogas/sustancias “ilegales” y poder partir de una visión integral / holística / contextual / psicológica / histórica sobre diferentes tipos de consumos problemáticos, no sólo las denominadas sustancias ilegales sino también las legales. En esta

---

1 En: <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/adicciones-y-consumos-problematicos>

situación de consumos problemáticos (que generan también instancias de adicción/dependencia) se produce una acentuación de los “estados de depresión” u otro tipo de “patologías” -concretamente experiencias de padecimientos mentales- que tienden a generar dificultades para continuar con el tratamiento de TBC o bien llevan a su abandono, plasmándose adherencias negativas y círculos viciosos con respecto a estos tipos de tratamiento. Se puede reflexionar sobre diferentes consumos problemáticos que trascienden una determinada sustancia (esté o no legalizada), por ejemplo, hay diversos tipos de consumos problemáticos como el juego compulsivo o el uso problemático -en el que se llegue a la fase adictiva- de la tecnología, como también el consumo problemático de alimentos -que pueden llevar a situaciones más patológicas como los trastornos alimenticios de anorexia y/o bulimia-. Otra realidad problemática la constituye la práctica nociva de la “automedicación”.

Centrándonos específicamente en la temática de “consumos problemáticos de sustancias”, considero muy importante poner en debate y generar intercambio de ideas con respecto a que es necesario diferenciar cuándo un consumo -de cualquier tipo de sustancias- es social, cuándo dicho consumo comienza a ser problemático produciéndose previamente un uso de tipo nocivo y el momento temporal/espacial del sujeto cuando se encuentra en una fase de adicción.

Considero de total importancia hacer una revisión continua de nuestras propias perspectivas teóricas / ideológicas / metodológicas y también replantearnos nueva visión ontológica / de creencias sobre el denominado mundo del “consumo problemático de sustancias”. Esta consideración se sostiene en mis vivencias personales intrasubjetivas -por haber vivenciado por algunos años consumo problemático de sustancias en mi adolescencia- como también por mi actual recorrido como profesional atendiendo por más de 12 años a pacientes / usuarios que atraviesan situaciones de consumo problemático de sustancias al tiempo de intentar sostener un tratamiento de TBC sumado a mis experiencias de trabajo con usuarios / pacientes sin TBC con consumos problemáticos atendidos en otros dispositivos como por ejemplo el Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José Tiburcio Borda de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Partiendo de la lectura de un interesante material trabajado en Uruguay titulado “Info drogas, más información, menos riesgos” (2020), considero que el uso de sustancias/drogas no implica necesariamente un uso problemático ni dependencia generadora de fase adictiva. Pero es muy importante señalar que dicho uso -recreativo o el denominado consumo social- no significa que no haya algún potencial riesgo o que dicho riesgo no se concrete. Ello dependerá de esa interacción dialéctica entre el sujeto -tomando en cuenta su situacionalidad, el contexto que vivencia- y la sustancia consumida. Es fundamental superar visiones simplistas y poder siempre tomar la dimensión de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que atraviesan a cada sujeto.

Considerando el texto “Info drogas, más información, menos riesgos”, podemos hablar de los siguientes tipos de usos -sin caer en toxologías y clasificaciones de corte positivistas-:

1. Uso recreativo: la finalidad es la diversión, también denominado como un consumo tipo social en breves circunstancias. También se puede analizar el tipo de uso experimental (dentro de este tipo de uso recreativo) que se utiliza para “experimentar” sus efectos, repitiéndolo algunas veces y luego dejándose de consumir.
2. Uso ocasional: sucede frente a usos y consumo de sustancias que se repiten periódicamente en determinadas ocasiones, como ciertos eventos sociales y / o situaciones de recreación. Este tipo de uso puede desencadenar, o no, situaciones problemáticas.
3. Uso nocivo: sobre este tipo de uso se expresa lo siguiente:

“Definido por la OMS como un patrón de uso que puede causar daño, ya sea mental, físico o ambos. Refiere a aquellos usos que configuran un hábito. Se dan con cierta frecuencia y repetición. En función del tipo de droga, frecuencia y cantidad de consumo, además de características personales, pueden afectar distintas áreas vitales” (Info Drogas: 2020, Pag. 17).

Los usos nocivos de cualquier tipo de sustancias son la puerta de entrada para que un sujeto vivencie concretamente un tipo de

4. Uso y consumo problemático: por este tipo de uso es interesante reflexionar que su problematicidad no se tiene que reducir únicamente al tipo de sustancia que se está consumiendo, sino principalmente al contexto y las circunstancias que atraviesan al sujeto, sea por la cantidad de sustancias que consume el sujeto o la continua frecuencia del consumo. También es muy interesante lo que expresan los profesionales del Uruguay con respecto a que lo problemático se puede dar no solo en un consumo prolongado sino también se puede dar en una sola ingesta. Los efectos y/o las consecuencias negativas que produce todo consumo problemático de sustancias lo desarrollan muy bien los profesionales en este apartado:

“Complicaciones físicas o psíquicas relacionadas con el uso de la sustancia. Utilización repetida de una sustancia que conduce a una incapacidad para cumplir con las obligaciones. Utilización en situaciones cuyo uso puede comportar un riesgo...Problemas interpersonales o sociales persistentes o recurrentes causados o agravados por el uso de la sustancia” (Info Drogas: 2020, Pag. 18).

5. Con respecto a la fase de Dependencia, el vínculo que un sujeto va teniendo con una o varias sustancias es cotidiano, generándose la respectiva dependencia. El sujeto organiza su vida diaria y cotidiana pensando y focalizando su energía libidinal en querer consumir tal sustancia o varias sustancias. También hay una relación entre esta fase de dependencia - denominada también adicción- con el mecanismo psíquico de la repetición compulsiva al consumo de tal o tales sustancias. A modo de seguir reflexionando sobre esta problemática, Es interesante la cita de la OMS que hace este equipo profesional: “

Estado psíquico y, a veces, físico resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por un conjunto de respuestas comportamentales que incluyen la compulsión a consumir la sustancia de forma continuada con el fin de experimentar sus efectos psíquicos o, en ocasiones, de evitar la sensación desagradable que su falta ocasiona” (Info Drogas: 2020, Pag. 19).

Es fundamental poder realizar este análisis -reiterando que es fundamental partir desde un abordaje interdisciplinario- para poder comprender lo más que se pueda a un paciente que abandona un tratamiento de TBC en etapa de consumo problemático y/o de dependencia.. No es que al paciente no le interese su salud, sino que lo atraviesan estos mecanismos de compulsión al consumo, por lo cual nuestro posicionamiento profesional tiene que partir constantemente de la mayor escucha activa, perspectiva comprensiva, reafirmación desde una concepción de Derechos Humanos a fin de brindarle diferentes tipos de acompañamientos terapéuticos.

Al hablar de este mecanismo de compulsión continua al consumo para llegar a “un estado afectivo de bienestar” nos referimos a una fase de dependencia más psíquica. Este estado “agradable” se puede expresar como placentero, de euforia o para liberarse de otras situaciones traumáticas no resueltas y/o no trabajadas terapéuticamente. El gran desafío es poder generar cambios a través de la construcción de nuevas relaciones, abordar la ansiedad, construir nuevos proyectos y sentidos en la vida cotidiana, etc. Es decir, sostener un tratamiento lo más integral posible, siendo fundamental poder poner en palabra las emociones de tal sujeto en estas situaciones.

El referido manual define la dependencia física muy acertadamente, de la siguiente forma:

“Es el mecanismo de adaptación del organismo a la presencia constante de una sustancia, de tal manera que necesita mantener un determinado nivel de ella en la sangre para funcionar en la forma habitual. Este tipo de dependencia se reconoce cuando la persona abandona bruscamente o disminuye el consumo y aparecen síntomas y signos desagradables que constituyen el llamado “síndrome de abstinencia” (Info Drogas: 2020, Pag. 19).

Los cuadros denominados de “síndrome de abstinencia” implican concretamente una crisis aguda que requiere una pronta atención, tomando en cuenta la particularidad de cada uno de los sujetos, lo que va a implicar un conjunto de reacciones psicofísicas que generan sensaciones no placenteras totalmente opuestas a este “placer” producido por tal sustancia, lo que se ocurre cuando una persona comienza a consumir menos o dejar de consumir una determinada sustancia.

Una de las problemáticas que más observamos en nuestras continuas intervenciones profesionales es la realidad del continuo policonsumo. Dicha realidad nos interpela constantemente a renovar y resignificar nuestras propias estrategias terapéuticas y de acompañamiento y atención a los/as pacientes. En nuestra intervención, el desafío es poder desarrollar múltiples estrategias de atención y acompañamiento a pacientes que también están en tratamiento por un determinado cuadro de TBC, para poder lograr la disminución de los abandonos de tratamiento.

### **Características principales de diversas sustancias**

Centrándonos en los efectos concretos que generan las sustancias psicoactivas, éstas pueden ser sustancias legales (tabaco, bebidas alcohólicas), las denominadas ilegales (cocaína, pasta base, éxtasis, opiáceos y anestésicos, crack, alucinógenos, inhalables) y fármacos (estimulantes, tranquilizantes, anorexígenos).

Basándome en los aportes brindados en la página de la OPS - Organización Panamericana de la Salud (s/f) y otros textos como Info Drogas (2020), se plantea a continuación la sintomatología - con una breve descripción- que genera el consumo problemático de sustancias.

Existen las sustancias de tipo Depresoras que tienden a generar un enlentecimiento del sistema nervioso central generando alteraciones en el tipo de concentración, sedación/relajación, sensaciones de bienestar, entre otros efectos. Estas sustancias pueden ser: a) bebidas alcohólicas; b) opiáceos (morfina/heroína); c) tranquilizantes e hipnóticos (para conciliar el sueño) y d) inhalantes/hidrocarburos volátiles: pegamentos, nafta, etc.

Sobre estas sustancias deseo explicitar los siguientes aportes básicos:

a) Alcohol y derivados: en pocas dosis genera efectos euforizantes, pero a mayores dosis genera sedación. Al ser un depresor del sistema nervioso central produce desinhibición conductual/emocional provocando dificultades para el control de la conducta hasta generar un estado de coma si las dosis son altas. Se pueden obtener por la técnica de la fermentación de azúcares de las frutas y/o de cereales (vino, cerveza, etc.) o por la destilación con el objetivo de obtener -con la respectiva depuración de bebidas fermentadas- mayores concentraciones de alcohol (whisky, ginebra, etc.). Al utilizarse con otras sustancias -por ejemplo las depresoras, como tranquilizantes/medicamentos para dormir/benzodiazepinas<sup>2</sup>/ketamina<sup>3</sup>- puede generar estados de pérdida de conciencia generando cuadros de comas. La combinación con sustancias perturbadoras del SNC, como el éxtasis, puede generar el riesgo de aumentar la deshidratación corporal, entre otros efectos. Cuando se transita el periodo de síndrome de abstinencia sus efectos son la irritabilidad, palpitations, sudoración, hipertensión, ansiedad, etc.

b) Opiáceos: los opioides son sustancias que se obtienen de las semillas de amapola. Al desacelerar y enlentecer las funciones del SNC provocan una reducción del dolor. Su consumo problemático puede generar un mal funcionamiento del sistema respiratorio generando hasta cuadros de coma y posible mortalidad. Cuando el consumo es por un uso en un breve tiempo genera los siguientes efectos: - Deterioro de la memoria; - Náuseas y vómitos; - Respiración superficial o disnea; - Dificultad para concentrarse; -entre otros factores. Los efectos del uso prolongado incluyen: - grave insuficiencia respiratoria, - afectación de la libido; - depresión; - etc. Cuando se transita el periodo de síndrome de abstinencia sus síntomas son diarrea, vómitos, hipertensión, aumento del ritmo cardíaco, pensamientos acelerados, etc.

c) Psicofármacos, principalmente los Psicotrópicos: son medicamentos que cumplen la función de ser tranquilizantes, antidepresivos, antiepilépticos y antipsicóticos. De estos medicamentos los tranquilizantes/analgésicos al generar un concreto sistema de recompensas tienden a consumirse en forma problemática generando: - problemáticas de memoria, - sedación continua, - estados de intoxicación, cuyos síntomas: son la sedación, la diplopía (visión doble), dificultades en la capacidad de generar pensamiento lógico y actividad intelectual, disartria (que es la dificultad para poder articular las palabras). Cuando se transita el periodo de síndrome de abstinencia sus síntomas son continuas cefaleas, temblores, cuadros de hipotensión arterial, vómitos, trastorno alimenticio como la anorexia, etc.

d) Inhalantes/hidrocarburos: el consumo problemático de estas sustancias puede generar efectos graves, tanto a corto como a largo plazo. Genera los siguientes síntomas: - confusión y desorientación, - articulación confusa de las palabras, - temblores, - cuadros de

- 
- 2 “Las benzodiazepinas son medicamentos psicotrópicos (es decir, actúan sobre el sistema nervioso central) con efectos sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivos, amnésicos y miorelajantes.<sup>1</sup> Por ello se usan las benzodiazepinas en medicina para la terapia de la ansiedad, insomnio y otros estados afectivos, así como las epilepsias, abstinencia alcohólica y espasmos musculares. También se usan en ciertos procedimientos invasivos como la endoscopia o dentales cuando el paciente presenta ansiedad o para inducir sedación y anestesia”. Recuperado de: <https://es.wikipedia.org/wiki/Benzodiazepina>
- 3 “La ketamina es una droga disociativa con potencial alucinógeno, derivada de la fenciclidina, utilizada original y actualmente en medicina por sus propiedades sedantes, analgésicas y sobre todo, anestésicas.”. Recuperado de: <https://es.wikipedia.org/wiki/Ketamina>
-

alucinaciones visuales, - cefaleas, - producción de delirios, - debilidad y dolor muscular, - muerte por insuficiencia cardiaca, - depresión, - comportamiento agresivo, - etc.

Se encuentran también las sustancias de tipo Estimulantes cuya principal función es el aceleramiento y el aumento de las funcionales del sistema nervioso central. Pueden provocar un conjunto de síntomas como dificultades para dormir, hiperactividad, excitación motora, desinhibición, etc. Pueden ser: a) Cocaína y derivados, b) Nicotina/Tabaco, C) Xantinas/Cafeína/bebidas estimulantes, d) Anfetaminas.

De estas sustancias deseo ampliar aspectos básicos de las siguientes:

a) Cocaína: producto del procesamiento químico de las hojas de coca se obtiene la sustancia clorhidrato de cocaína (también se puede obtener la pasta base de cocaína denominado también PBC y el crack). Considero importante destacar que esta sustancia genera el efecto estimulante, siendo su acción rápida y de corta duración. El consumo problemático en forma constante (más allá de la variedad de sus cantidades) a lo largo del tiempo produce los siguientes síntomas / efectos:

- complicaciones psiquiátricas (como el desarrollo de las descompensaciones psicóticas con tendencia principalmente de generar ideación paranoide);

- crisis de pánico;
- cuadros alucinatorios;
- dificultades neurológicas;
- cefaleas;
- arritmias;
- dificultades para respirar;
- infartos cardiacos;
- hipertensión arterial;
- etc.

Los cuadros de intoxicación generan el aumento de los síntomas físicos y psicológicos mencionados anteriormente. Al utilizar esta sustancia con otras (policonsumo) durante una etapa de consumo problemático, se potencian determinados efectos/síntomas. Con otras sustancias estimulantes (cafeína, éxtasis, etc.) genera una mayor agitación a nivel cerebral y cuadros de trastornos de ansiedad. Al combinarse con sustancias depresoras, como el alcohol, pueden provocar deshidratación, entre otros síntomas.

b) Nicotina/Tabaco: es una sustancia que contiene una variedad de sustancias químicas (más de 1.000 componentes químicos además de la nicotina, alquitrán, monóxido de carbono, irritantes, etc.) que son absorbidas a través del aparato/sistema respiratorio. La sustancia / droga de la Nicotina puede generar una dependencia psicofísica. Es interesante destacar que muchos usuarios de nicotina refieren la sensación de tranquilidad al fumar, pero en realidad no es la sustancia misma la que genera dicha tranquilidad, sino que se debe a que no se produce la fase de abstinencia. Son varios los efectos / síntomas que genera su

continuo consumo problemático: aumento de la frecuencia cardíaca; cuadros de hipertensión arterial; riesgo de contraer cáncer de pulmón o páncreas, boca, colon, vejiga urinaria, entre otros órganos afectados; etc. Cuando se transita el periodo de síndrome de abstinencia, sus síntomas son: irritabilidad, ansiedad, dificultad para conciliar el sueño, nerviosismo, etc. Visibilizando algunos datos epidemiológicos, se puede expresar lo siguiente:

“La investigación científica actual reporta que el tabaquismo es responsable del 30% de las muertes producidas por cáncer, el 30% de las enfermedades cardiovasculares, el 75% de bronquitis crónicas y el 80% de los casos de enfisema” (Info Drogas: 2020, P. 38). “En la actualidad, el consumo de tabaco es la principal causa de enfermedad, discapacidad y muerte en el mundo. El consumo afecta la salud de los fumadores y los no fumadores expuestos” (P. 36).

También se encuentran las sustancias de tipo perturbadoras, porque su consumo problemático genera una perturbación del sistema nervioso central provocando distorsiones perceptivas y cuadros de alucinaciones. Se pueden mencionar las siguientes: a) Cannabis y derivados; b) Nuevas sustancias psicoactivas (éxtasis/metanfetamina, etc.); c) Hongos y d) Ayahuasca.

De estas sustancias deseo ampliar aspectos básicos de las siguientes sustancias:

Cannabis: se consume principalmente por vía respiratoria al ser fumada, siendo absorbida por el aparato respiratorio y provocando rápidamente una afectación en el sistema nervioso central. Considero importante destacar que una de sus sustancias químicas -THC (Tetrahidrocannabinol)- tiene en el organismo una vida media de más de 7 días, verificándose que no se han eliminado todos sus componentes químicos en ese lapso. Si el consumo se hace regular, dichas sustancias se acumulan en el organismo. Su consumo problemático puede generar diversos efectos / síntomas. En el plano psicológico puede alterar el funcionamiento psicológico afectando la capacidad de la concentración y de la memoria. También se pueden producir situaciones de pánico, de ansiedad y en algunas situaciones puede desencadenar trastornos psiquiátricos. En el plano más orgánico/físico, su consumo problemático puede desencadenar los siguientes síntomas: - tos crónica, - cuadros cardiovasculares, - cuadros de cáncer de pulmón y bronquitis cuando las dosis son elevadas, - reducción de la capacidad del sistema inmunitario, etc. El policonsumo de cannabis con el alcohol puede desencadenar cuadros de hipotensión arterial, vómitos y mareos continuos.

Sobre esta sustancia y sus derivados considero muy importante el avance obtenido con la sanción de la Ley Nacional N° 27.350 (2017) que regula la investigación médica y científica del uso medicinal de la planta cannabis y sus derivados. Es importante porque es una forma de poner un límite al interés de los grandes laboratorios / empresas transnacionales – multinacionales que, por una finalidad de lucro, generaron presión para que esta ley no se sancionara. Los principales ejes y objetivos de la norma son los siguientes:

Se crea el Programa Nacional para el Estudio y la Investigación del Uso Medicinal de la Planta de Cannabis en el ámbito del Ministerio de Salud. Los objetivos del Programa son:

- Promover acciones orientadas a garantizar el derecho a la salud; - Promover medidas de concientización para la población en general; - Establecer guías de

asistencia, tratamiento y accesibilidad; - Garantizar el acceso gratuito al aceite de cáñamo y demás derivados del cannabis a los pacientes que se inscriban en el Programa; - Desarrollar alternativas terapéuticas a problemas de salud que no tratan los tratamientos médicos convencionales; - Investigar los fines terapéuticos y científicos de la planta de cannabis y sus derivados; - Conocer los efectos secundarios del uso medicinal de la planta de cannabis y sus derivados y establecer las limitaciones para su uso; - Fomentar la participación de pacientes y sus familiares para que aporten su experiencia, vivencias y métodos usados; - Brindar asesoramiento, cobertura y seguimiento del tratamiento a los pacientes que participen del programa; - Contribuir a la capacitación continua de profesionales de la salud en el uso medicinal de la planta de cannabis y sus derivados. La autoridad de aplicación es el Ministerio de Salud.

b) Éxtasis: es una sustancia cuyo origen es de síntesis química. Su ingestión es por vía oral y produce su consumo problemático y regular como también ocasional (destacando que a mayores dosis, mayores son los riesgos) provocando los siguientes síntomas / efectos: - alteraciones de la conciencia; - sensaciones de euforia y desinhibición; - modificación de las percepciones sensoriales; etc.

c) Hongos: pueden ser de tipo frescos o secos. Cada tipo de hongo tiene una determinada cantidad de sustancias psicoactivas. El consumo de estas sustancias genera un estado de trance y de generación de cuadros psicodélicos. Genera estados de euforias, luego de modificaciones y perturbaciones en el sistema de la percepción de los colores, de la ubicación temporal y a veces espacial. Produce también estados psíquicos de tipo místico con intensidad de emociones. Se acompañan de un conjunto de efectos secundarios como náuseas, cefaleas, hipotensión arterial, etc.

### **Fundamentos jurídicos en nuestras intervenciones**

Nuestras intervenciones como profesionales de la salud y en particular cuando están focalizadas en la temática del consumo problemático de sustancias y las dificultades en el sostenimiento de un tratamiento por un cuadro de TBC están sustentadas por un conjunto de normativas jurídicas que deseo explicitar a través de la legislación vigente.

La Ley Nacional argentina N° 26.934 (2014) pone en funcionamiento el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP), que forma parte de un enfoque de Políticas Públicas Sanitarias, principalmente de Salud Mental, para el abordaje de esta problemática. La puesta en marcha de este plan Integral implica principalmente los siguientes objetivos: - Prevenir los consumos problemáticos; - Asistir en forma gratuita a las personas que lo sufren; - Integrarlos socialmente.

De la lectura de esta ley y los lineamientos que plantea destaco los ejes que sostienen el correspondiente tratamiento, planteados en su artículo N° 10:

“Pautas de asistencia. La asistencia integral de los consumos problemáticos deberá ser brindada bajo estricto cumplimiento de las siguientes pautas:

a) Respetar la autonomía individual y la singularidad de los sujetos que demandan asistencia para el tratamiento de abusos y adicciones, observando los derechos humanos

fundamentales que los asisten y los principios y garantías constitucionales evitando la estigmatización;

b) 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;

c) Promover la atención de sujetos que padecen problemáticas asociadas a los consumos en hospitales generales polivalentes. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios, según lo dispuesto en el artículo 28 de la ley 26.657;

d) 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;

e) Incorporar una mirada transdisciplinaria e interjurisdiccional, vinculándose los efectores sanitarios con las instancias de prevención, desarrollo e integración educativa y laboral”. Ley 26.657 (2014).

Nuestro abordaje con pacientes en tratamiento de TBC y que atraviesan consumos problemáticos de sustancias tiene que partir de esa perspectiva: Perspectiva de Reducción de Daños, respeto por la propia autonomía y singularidad de cada uno de los pacientes.

Señalo también la Ley Nacional de Protección de la Salud Mental N° 26.657 (2013), especialmente el artículo N° 3 en el que se desarrolla una definición muy interesante sobre la Salud Mental y se focaliza en la importancia de elaborar diagnósticos evitando todo tipo de prejuicios. También destaco el artículo N° 4, en el que se establece que los tratamientos de las adicciones tienen que ser abordados como parte de las políticas sanitarias de salud mental que se despliegan en el territorio. Sobre estos temas, la Ley 26.657 (2013) especifica y determina lo siguiente:

“ARTICULO 3° —En el marco de la presente ley 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. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de: a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso; b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona; c) Elección o identidad sexual; d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

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

También resulta fundamental conocer y respetar la Ley de los Derechos del Paciente N° 26,529 (2009) porque siempre tenemos que tener presente los propios derechos de los pacientes en cada una de nuestras intervenciones. El artículo N° 2 plantea lo siguiente:

“ARTICULO 2º— Derechos del paciente. Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes:

a) Asistencia. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente;

b) Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes;

c) Intimidad. Toda actividad médico - asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N° 25.326;

d) Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente;

e) Autonomía de la Voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud;

f) Información Sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.

g) Interconsulta Médica. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud”.

Es muy interesante realizar un análisis reflexivo sobre estos derechos que sustentan nuestra interacción con cada uno de los pacientes usuarios del sistema de salud pública, por ejemplo el derecho que se refiere a la autonomía del paciente a aceptar o rechazar tal tratamiento, relacionándolo con nuestras intervenciones profesionales. Dicha práctica genera una tensión en

nuestro proceder desde que un paciente -en su fase intensiva o de consolidación del tratamiento por un cuadro de TBC- decide abandonar el tratamiento, produciéndose una concreta agudización de sus síntomas que pueden llevarlo hasta la muerte. Si además se trata de un cuadro de TBC Pulmonar, tendrá nuevamente la capacidad de contagio a otras personas. ¿Cómo actuaremos como equipo tratante en los casos en los que los/as pacientes -por su propia voluntad- persisten en su decisión de no continuar con el tratamiento? Y ¿cómo intervenir en los casos en los que en el núcleo familiar haya menores conviviendo con ellos/as con el consiguiente riesgo para la salud de los/as niños/as?

Ante todo, desde el aspecto jurídico debemos tomar en cuenta que hay que focalizar siempre en la propia salud de niños/as y adolescentes, tal como lo establece la Ley Nacional N° 26.661 (2005) además de los tratados internacionales con rango constitucional, siendo fundamental la articulación con las Defensorías de Niños/as Y adolescentes y/o Servicios Locales de Promoción y Prevención de los derechos de niños/as y adolescentes en la Provincia de Buenos Aires. La estrategia de dicha articulación consistirá en que intervengan estas instituciones para resguardar el derecho de la salud de dichos niños/as y adolescentes y generar estrategias de intervención para seguir persuadiendo al paciente que abandonó el tratamiento. Esta situación conflictiva implica un abordaje interdisciplinario, interinstitucional y de territorialidad.

También debemos tener en cuenta la Ley Provincial N° 10.436 (1986) de la provincia de Buenos Aires, que en su decreto reglamentario (N° 170/1991) establece el derecho a recibir un subsidio económico si dicho paciente atraviesa concretas situaciones de vulnerabilidad económica /social, reforzando la estrategia de acompañamiento para evitar el abandono de su tratamiento.

### **Reflexionando nuestras intervenciones para superar visiones reduccionistas**

En este apartado -y como profesional de la Salud- deseo realizar una serie de reflexiones y posicionamientos críticos que nos permitan construir una mejor contextualización e intervenciones más integrales sobre las complejidades que vivencia toda persona con consumo problemático y en tratamiento por cuadro de TBC.

Considero que la existencia de los patrones culturales hegemónicos materializados en la multiplicidad de las relaciones sociales se potencian -y se retroalimentan- con la visión descontextualizada que ofrecen los medios hegemónicos concentrados sobre la temática de adicciones / consumos problemáticos de sustancias. Esta perspectiva tiende a tener una visión fijada en las sustancias y en criminalizar a los jóvenes (principalmente de los sectores populares) y “sus previas”, sin poder reflexionar sobre los determinantes sociales, económicas, familiares – vinculares, culturales - simbólicos, etc., que atraviesan a todo proceso de salud - enfermedad - cuidado – atención; es decir los contextos micro y macrosociales que modifican al sujeto y al conjunto de relaciones sociales complejas que lo atraviesan constantemente. Como lo desarrolla muy bien Carballada (2012), la pérdida de empleo y las crisis generadas por el sistema capitalista (principalmente por modelos neoliberales y de corte conservador) van a producir pérdida de espacios de sociabilidad y escenarios de concreta incertidumbre que potencian, entre otras causas, las condiciones para el surgimiento de nuevas problemáticas, como el consumo problemático de sustancias. Continuando con este eje de análisis, de Ipola (1998) plantea un concepto que reivindica los aportes de Robert Castel:

“De estos problemas, el principal, para Castel, radica en la necesidad de pero también en la dificultad, de proceder a una mejor repartición de este recurso escaso que es el trabajo...”

Esta respuesta no es inviable, pero existen complejos escollos que deberá enfrentar toda tentativa seria de ponerla en discusión”.

Menciono este aporte que trae De Ipola porque toca un eje estructural para limitar la lógica de acumulación del capital que el propio sistema capitalista, con su modelo neoliberal por excelencia, siempre pretende imponer. En ese sentido, una de las situaciones que genera gran incertidumbre y fractura / fragilidad de lazos sociales es la desocupación. Siguiendo este eje de análisis, Gianni (2001). visibiliza lo siguiente:

«...No se puede jugar con la ley de la conservación de la violencia: toda la violencia se paga y, por ejemplo, la violencia estructural ejercida por los mercados financieros, en la forma de despidos, pérdida de seguridad, etc. se ve equiparada, más tarde o más temprano, en forma de suicidios, crimen y delincuencia, adicción a las drogas, alcoholismo, un sinnúmero de pequeños y grandes actos de violencia cotidiana...”.

Con esta reflexión se expresa la concreta influencia contextual de un sistema atravesado por una violencia estructural -generada principalmente por los modelos capitalistas de corte neoliberal- que produce, de forma no lineal pero sí en forma concreta, una multiplicidad de nuevas situaciones problemáticas, entre ellas la pérdida de empleo, que va a acrecentar las condiciones para que se multipliquen las situaciones de consumo problemático de sustancias. Poder generar una multiplicación de empleos es una forma inespecífica pero fundamental de reducir las incertidumbres, reducir las posibilidades de que se concreten los consumos problemáticos de sustancias.

Las miradas hegemónicas -cargadas de prejuicios y posturas discriminativas- quedan ancladas en los/as “adictos/as” sin atreverse a pensarlos/as como sujetos de derecho y apostar a abordajes interdisciplinarios e intersectoriales, idea muy bien desarrollada por Pawlowicz (2015). Estos abordajes también tienen que partir de la importancia de la aplicación y afianzamiento de una estrategia concreta de APS (Atención Primaria de la Salud). Toda política pública sanitaria, todo programa puesto en movimiento (como lo es la importancia de que esté vigente un Programa de Prevención de TBC y Lepra en la Provincia de Buenos Aires) es de vital importancia que lleve a la práctica los lineamientos de la estrategia de la APS. Asimismo, Rovere (1999) -y otros autores- plantean la importancia de construcción de puentes / redes y de una concreta articulación multiactoral en la propia territorialidad.

Considero que para el abordaje de la situación del consumo problemático de sustancias (sean o no ilegales las respectivas sustancias) se tiene que partir de un enfoque de derechos humanos y en recuperar siempre la propia historicidad singular de cada sujeto, garantizando en el territorio (fragmentado de por sí por la cultura neoliberal) espacios de encuentro, de socialización que recuperen / reparen / reimpulsen los lazos sociales fragmentados. Ese fortalecimiento de los lazos sociales será reparador ante los padecimientos vivenciados y promoverá la integración social como estrategia de recuperación (Carballeda, 2006). Dichas políticas públicas de salud en general -y de salud mental en particular- tales como las políticas de Prevención de la TBC y la Lepra, requieren -y la realidad así nos interpela- de un abordaje de múltiples actores con una concreta participación ciudadana; es decir, focalizando instancias de prevención no solo específicas sino también desde abordajes inespecíficos. A su vez, estas intervenciones en lo microsociales tienen que estar acompañadas por cambios macrosociales de modelos de inclusión con generación de empleos

dignos; abordajes que no deben caer en el reduccionismo y que permiten comprender, como lo afirmó Carballada (2006), “la creciente complejidad de la cuestión social”. La realidad de los consumos problemáticos de sustancias es una de las nuevas expresiones de la complejidad de la cuestión social, como también todo lo referido a la problemática actual del abandono del tratamiento de TBC.

Sobre la realidad actual de los padecimientos mentales -y por ende el consumo problemático de sustancias- como una de las formas nuevas de la cuestión social, Silvana Rodríguez realiza la siguiente reflexión:

“Ya que en este contexto de vulnerabilidad social, de inequidad, de falta de oportunidades, en un escenario del desencanto, de incertidumbre, inestabilidad, de fragmentación social, de escasos espacios de socialización, de contención, de malestar generalizado, se identifica como uno de los padecimientos actuales, como manifestación de la desigualdad, a las adicciones” (Rodríguez, 2007).

Desde nuestro propio rol como TS en el abordaje del consumo problemático de sustancias, es de vital importancia recuperar este eje de análisis para comprender mejor “esta nueva problemática” de la cuestión social y generar estrategias de intervención que aporten a la canalización de esta pulsión. Por ello considero fundamental la construcción de redes afectivas de contención y acompañamiento.

Continuando con el análisis de este eje sobre la variedad y la multiplicidad de realidades que adquiere la Cuestión Social, Alfredo Carballada lo expresa muy acertadamente al afirmar que:

“Las mismas se pueden ordenar desde las problemáticas relacionadas con la socialización y la construcción de identidad, el incremento de las dificultades de accesibilidad (económica, social e institucional), la incertidumbre con respecto a la disponibilidad de insumos, la inseguridad con respecto a la continuidad de los profesionales y técnicos a partir de las contrataciones flexibles” (Carballada, 2004).

Entre otras realidades que especifica el autor, estamos en presencia de situaciones concretas que acrecientan el padecimiento subjetivo del paciente / usuario del sistema de Salud, en el escenario de una inexistente política pública de empleo y de construcción de viviendas dignas para personas con padecimiento mental y en tratamiento por un cuadro de TBC.

### **Aportes desde un enfoque teórico-ideológico / metodológico vinculados a diversas Estrategias de Acompañamiento Terapéutico y de Reducción del Daño y Abordaje Comunitario**

Sin caer en una visión positivista dicotómica de pujas entre la perspectiva terapéutica del abstencionismo con la estrategia de Reducción de Daños, considero que lo central es adecuar todo tipo de estrategia a la propia singularidad de cada uno de los sujetos que atraviesan situaciones de consumo problemático de sustancias. Considero que tenemos que fortalecer y seguir profundizando las búsquedas más centradas en la estrategia de reducción de daños y al mismo tiempo, la generación de espacios de proyectos alternativos de vida.

Para empezar a pensar la estrategia más adecuada en la atención y acompañamiento a un paciente que está atravesando un tratamiento de TBC y al mismo tiempo consumo problemático de sustancias, una institución / Programa Sanitario / etc., tiene que focalizar su funcionamiento en la concreción de los derechos de los/as pacientes y no centralizarse en su propia lógica administrativa, corriendo el riesgo de aumentar las burocratizaciones. Cito nuevamente a Carballeda (2008). que plantea muy acertadamente que:

“una lógica institucional... donde lo que prevalece es el expediente en sí mismo” ...”la institución solo se cuida a sí misma, dejando su característica de protección del todo olvidada o desguarnecida” (Carballeda, 2008).

“Reemplazar la lógica de los sectores por separado hacia abordajes transversales, pasando de una lógica de administración centralizada por el de gestión participativa, facilitando la descentralización territorial” “...dispositivos que construyan nuevos lugares para la palabra” (Carballeda, 2008).

Estos planteos de Alfredo Carballeda son de vital importancia porque nos permiten pensar críticamente las lógicas que atraviesan nuestras Instituciones en las que nos insertamos laboralmente. Desde estas lógicas considero que tenemos que pensar nuestras estrategias y que éstas se acoplen / adecuen con más afinidad a las estrategias de reducción de daños. Desde mi visión personal considero de vital importancia que la finalidad de todas las intervenciones profesionales parta desde un sentido institucional instituyente, relacionándolo con los aportes de Lapassade y Lourau (1997), de perspectiva de derechos humanos, visión interdisciplinaria y humanística. En fin, tomando en cuenta a Lewcowicz y Corea (2004), mi deseo es aportar a no reproducir lógicas de los “Galpones”<sup>4</sup>.

En los actuales escenarios de consumo problemático de sustancias y su implicancia en el abandono de los tratamiento -y en nuestro caso particular en el abandono de los tratamiento de TBC- resulta de vital importancia analizarlos como nuevas manifestaciones de la “Cuestión Social”, como lo señalé anteriormente. Sobre las nuevas Patologías Dominantes, Gatti y otros (2003) plantean que se “requiere el diseño de estrategias abarcativas que incluyan la crítica continua, el replanteo y el constante diálogo con otras disciplinas”. Relacionándolo con el panorama epidemiológico actual, lo que prevalece en el mundo son los padecimientos mentales que se expresan, por ejemplo, en los diversos Trastornos de Personalidad en los que es común la problemática del consumo de sustancias.

Carballeda plantea ejes estratégicos muy interesantes a abordar desde un enfoque territorial: - Lo histórico, - lo solidario, - lo lúdico, - las capacidades y - las habilidades. Lo importante es generar proyectos de intervención desde una perspectiva de prevención inespecífica donde se pongan en juego estos ejes. Tuve la satisfacción de ser parte de una Institución (Unidad Sanitaria de Laferrere ubicada en el Barrio Jorge Newbery, Laferrere Norte, Partido de La Mantaza, provincia de Buenos Aires) donde en conjunto con múltiples actores institucionales se impulsó un proyecto de formación de Promotores de Salud desde una Escuela Nivel Secundaria en el barrio, como forma concreta de aportar a la Salud Mental Comunitaria (tomando en cuenta los lineamientos de la Ley de Salud Mental N° 26.657 mencionada anteriormente). En dicho proyecto se focalizó en forma

---

4 “La metáfora del galpón nos permite nombrar lo que queda cuando no hay institución: una aglomeración de materia humana sin una tarea compartida, sin una significación colectiva, sin una subjetividad capaz común. Un galpón es lo que queda de la institución cuando no hay sentido institucional” (Lewcowicz I. y Corea C, 2004: 106-107).

inespecífica la prevención del consumo problemático de sustancias como la importancia de la toma de conciencia acerca de que es importante no abandonar cualquier tratamiento -y en particular el tratamiento de TBC- poniendo en práctica esos ejes estratégicos a través de diversas actividades.

Poder ampliar nuestra capacidad de escucha en la atención de un paciente con TBC que no puede sostener una adherencia positiva al tratamiento y con una realidad de ser consumidor, nos interpela a intentar comprender que lo más importante es lo que está latente en el decir de tal sujeto. Silvia Gianni (2001) plantea que un correcto enfoque teórico/metodológico es la estrategia de prevención, es escuchar, es construir con el otro (sujeto individual como referentes o responsables preocupados de determinada Institución), es comprender que los pibes consumiendo en una esquina están denunciando toda una serie de situaciones problemáticas complejas y articuladas. Por ejemplo: la no existencia de trabajo digno que les permita, en la incertidumbre, proyectar sus propios deseos; la nula y/o la escasez de redes afectivas de contención, etc. La autora expresa que:

“El consumo de drogas no es un hecho solitario, necesariamente apela a otro que acuse recibo de ese llamado” (Gianni S.: 2020, Página 3). “Creo en una prevención que escuche, más que decir. Porque en la medida que escucha puede atender aquello que aparece denunciado por el consumo de drogas. En tanto “diga” obturará la posibilidad de trabajar sobre lo que realmente importa” (Gianni, 2001).

Es decir que jamás tenemos que dejar de insistir y de armar y rearmar estrategias que logren, aunque sea, una mínima adherencia de un paciente al tratamiento de TBC, Para esos pacientes que atraviesan la situación de consumo problemático de sustancias, tardarán más en poder curarse, desarrollarán seguramente alguna resistencia a la farmacología recetada a causa de su abandono del tratamiento, pero siempre será necesario desarrollar las estrategias conducentes a acompañar a tal paciente en esas situaciones.

Continuando con este eje -que nos puede aportar en el relación a la tarea de acompañamiento a pacientes con TBC y en situación de consumo problemático- considero muy importante poder desarrollar la estrategia del Dispositivo Cuerpo a Cuerpo desarrollado por Geraldine Ponce (2010). Esta autora plantea que

“Este acompañamiento implica: alta frecuencia de entrevistas, socialización de tareas..., maximización de la accesibilidad a los diversos dispositivos de atención, derivaciones con alto grado de contención, monitoreo permanente y pormenorizado de cada una de las acciones que conforman el proceso de intervención, etc. En síntesis, se trata de una estrategia basada en la lógica de la presencia, la contención y el acompañamiento.”

Romina Lorenzo (2019), partiendo de los modelos de Ética Social y principalmente del Modelo Multidimensional, enfoque terapéutico muy relacionado con la corriente de la Logoterapia que impulsó Frankl (1995), expresa que: “

“En lo metodológico postula una dinámica eminentemente participativa, circular, tendiente a la elaboración de un proyecto grupal. Esto sólo puede concretarse a partir de promover y potenciar los proyectos individuales, inscribiéndolos al mismo tiempo en un proyecto común. La propuesta de este modelo es la de operar sobre la comunidad fomentando su integración en un proyecto solidario, alentando el trabajo en red en beneficio de la comunidad toda. Un proyecto preventivo construido desde este enfoque tiene como

objetivo el logro de la participación de la comunidad en actividades tendientes a la autogestión.”

Resulta una excelente síntesis en la que se postula la acción de apostar a proyectos de vida de cada sujeto para que pueda recrear y resinificar su propio tiempo libre con el objetivo de superar consumos problemáticos de sustancias, tanto legalizadas como las denominadas ilegales, enmarcados en un escenario comunitario solidario en el que -desde lo estructural- se considere de vital importancia que haya más trabajo genuino a través de políticas públicas inclusivas, esto es Políticas Públicas en las que primen las acciones participativas desde abajo que construyan las condiciones para generar más trabajo digno.

Polet (2014) menciona a la importancia de una mirada de contextualización sobre esta temática del consumo problemático de sustancias:

“Con unos 200 millones de clientes, el mercado de la droga genera una facturación estimada en 300.000 millones de dólares anuales”; “... solo el 1,5% de los beneficios de la venta de cocaína en EEUU llegaba a los pequeños productores de Coca, mientras que las redes que organizaban la distribución dentro del territorio estadounidense se quedaban con el 70%” que luego colocaban en la industria suntuaria o en los diferentes sectores que permiten lavar el dinero sucio (inmobiliario, casinos, turismo, oficinas de asesoramiento jurídico”.

Los principales sostenimientos de la maquinaria capitalista no son solamente los “negocios legales” sino que son, como muy bien lo trabaja Polet, el tráfico de armas y el tráfico ilegal de drogas. Por ello es que la estrategia punitiva y de criminalización hacia la oferta está fracasando (véase también a Polet, 2014)). Más allá de las posibilidades de legalización desde las gestiones en forma controlada, el gran desafío que se nos presenta es el de la multiplicación de estrategias de intervención que apunten a la reducción del consumo como también a que el sujeto ya no tenga la “necesidad” y el “deseo” de consumir una determinada sustancia; es decir, a construir nuevas perspectivas de vida, nuevos proyectos de vida que tiendan a problematizar la vinculación con tal sustancia, tanto ilegales como legales, y a no quedar fijado en la sustancia y sí en la importancia de fortalecer los lazos sociales familiares y comunitarios.

Continuando con la idea de reafirmar una estrategia terapéutica que haga hincapié en la reducción de daños y en el acompañamiento al paciente, Gatti C. y otros (2003) plantean (tomando los aportes del psicoanálisis estructuralista de Kardiner, Fromm, etc.) que

“Una conducta hace referencia a un determinado contexto social, no siendo posible aislarla del mismo”... “El objetivo es poner el énfasis en la dialéctica individuo – medio social.... Las vertiginosas transformaciones socioeconómicas de los últimos tiempos tienden a radicalizar la individualidad, promocionando a cualquier precio el éxito social, plasmado en el valor económico, la exaltación del cuerpo y sus múltiples mantenimientos... Tal radicalización viene impulsada por el déficit de perspectivas”.

Esa idea resulta interesante, partiendo de una mirada que recupera el Psicoanálisis como corriente terapéutica que fue -y sigue siendo- de gran importancia. Es clave para el abordaje de estas nuevas -e históricas al mismo tiempo- problemáticas sociales. El eje no es quedar fijado en la

sustancia en sí misma sino en cómo lo contextual atraviesa a todos los sujetos, por lo cual no puede analizarse una conducta en forma aislada. Considero que no solo no es ético sino que las estrategias terapéuticas que se planifiquen y se pongan en práctica serán muy limitadas. Los autores mencionados proponen poner la mirada en la relación dialéctica entre el individuo y el medio social. Es fundamental la recuperación de una mirada dialéctica y -por qué no- holística, de todo lo que atraviesa a un sujeto que vivencia conductas de consumo problemático de sustancias, tanto las legales como las ilegales. En uno de mis trabajos en el Hospital Dra. Teresa Germani (provincia de Buenos Aires), en el encuadre del sostenimiento de un Dispositivo de Asesoría sobre Tuberculosis (TBC), luego de tres abandonos, un paciente decidió retomar nuevamente el tratamiento por esta enfermedad de enorme arista social / cultural que es la TBC. Si no se trataba y/o sostenía el tratamiento era por un conjunto de causas -algunas más estructurales, otras más coyunturales- que habían desviado su proyección de libido a causa de otras problemáticas. Por ejemplo, al estar desocupado y con niños en su núcleo familiar, su prioridad fue (y lo es) sobrevivir en la búsqueda de trabajo; en otro caso, la no existencia de una red afectiva de sostén ampliada (que no se redujera a la madre de sus hijos) pudo motivar una menor resistencia ante las continuas inestabilidades emocionales; en otro, el problema se circunscribió al consumo complejo con el alcohol.

Estos simples ejemplos -descritos en forma muy sintética- me permiten comprender que esta nueva problemática de consumo de sustancias tiene que ser entendida desde una mirada totalmente contextual. También hacen referencia al déficit de perspectivas por la radicalización de un individualismo retroalimentado por la lógica del mercado y por la fragilidad de los lazos sociales, característica como sintomatología social por la existencia del capitalismo, principalmente en su modelo neoliberal. Esa falta de perspectivas, de proyectos de vida que generan una ampliación de un sentimiento de angustia, es la que fortalece las situaciones de enajenación del propio sujeto -"des-subjetivado"- buscando una imagen proyectada hacia el consumo -de por sí problemático en este contexto- de sustancias. Esta falta de perspectivas, de proyectos de vida, de sentidos existenciales, lo relaciono con los estudios de Frankl. En su libro *El Hombre en Busca de Sentido*, muy acertadamente expresa que "La búsqueda por parte del hombre del sentido de la vida constituye una fuerza primaria y no una racionalización secundaria de sus impulsos instintivos. Este sentido es único y específico en cuanto es uno mismo y uno solo quien tiene que encontrarlo". (Frankl, 1995 P. 98/99). Estas reflexiones nos convocan a pensar estrategias terapéuticas que recuperen lo singular, la propia historicidad del sujeto que atraviesa esta situación problemática de consumo de sustancias.

Para la valorización de lo subjetivo, de lo singular, corresponde potenciar los tratamientos y los dispositivos de prevención, no reproduciendo las visiones hegemónicas de meras derivaciones, siendo importante poder construir redes y articulaciones interinstitucionales. Amelotti y Ventura (2012) expresan que "Cabe señalar como conclusión que debemos trascender la mera derivación y propiciar una efectiva articulación interinstitucional, y un posterior seguimiento de la situación de la persona".

Muy valiosos son los hallazgos de Battaglia y Raiden (2002). En su artículo sobre los entrecruzamientos discursivos y su vinculación con la subjetividad adictiva se exponen entrevistas realizadas a diversos pacientes en el Hospital Borda como en el Hospital T. Germani. En un tramo de una entrevista, un paciente expresó que: "*ya estoy jugado, si tengo que volver a la situación de calle y de volver a consumir, lo haré..., soy adicto y no sé si podré recuperarme*". Otro paciente expresó: "*no sé si me recuperaré...ahora soy además de adicto, también un tuberculoso*". Estos y tantos otros discursos con varios matices en común, pueden analizarse desde los aportes teóricos de estas autoras, en los que la subjetividad de muchos pacientes -como el que presenté suscitadamente más arriba) está atravesada por los denominados discursos ajenos; discursos que se reproducen en

el contexto por los patrones culturales hegemónicos que centran la mirada en la sustancia y en la imposibilidad de algún cambio para el “adicto” desde la propia subjetividad de un paciente que atraviesa un padecimiento mental por un consumo problemático de sustancias. Es muy común escuchar: “*esta juventud está perdida*”. Esto lo relaciono con lo que muy bien desarrollan las autoras, cuando advierten que “son ejemplos de un discurso de tipo indirecto con función evidencial: el autor también asume lo que dicen otros como si fuera propio, pero haciendo notar que lo dicen otros” (Battaglia y Raiden, 2002). También cuando se analiza los discursos en el ámbito “psi”, las autoras expresan que:

“la dependencia como rasgo dominante (no solo de la sustancia sino del mundo en general, a la manera de la dependencia infantil).” (P. 5). “...se impone un discurso monológico que impide el distanciamiento necesario para una crítica y discusión de los supuestos que conforman el mundo de las adicciones” (P. 9).

El gran desafío que considero que tenemos a través de las múltiples intervenciones, tanto específicas como inespecíficas, desde nuestro rol de TS, es lograr -a través de un abordaje por supuesto interdisciplinario- que tal sujeto internalice ese distanciamiento para poder tener un posicionamiento de autocritica -sin flagelarse, sin culpabilizarse- y crítica de su propio existir. Acá es fundamental el acompañamiento de redes afectivas -sean o no familiares- y de redes actorales, es decir, crear las mayores condiciones materiales y simbólicas para que tal sujeto pueda rearmar su vida y logre -comprendiendo las complejidades de los múltiples cuadros de padecimiento mental- desarrollar una postura dialógica en la que la palabra de tales sujetos puedan entrar en tensión, en conflicto con lo impuesto, con lo ajeno, con lo instituido por la actual cultura hegemónica que tiende a rotular y estigmatizar al sujeto que atraviesa estas situaciones problemáticas como un “adicto, como un loco, como un Tuberculoso”.

Carballeda (2008) refiere muy acertadamente que “En la drogadicción se entremezclan una serie de cuestiones diversas, singlares...que va más allá del consumo de determinada sustancia legal o ilegal. La drogadicción, como una más de las manifestaciones del desencanto”. Resulta muy importante la recuperación de lo contextual a través de visibilizar el desencanto. Y lo es porque en su vida micro social el propio sujeto expresa también el desencanto a nivel social/cultural. El querer consumir sin un control, sin un sentido de una experimentación elegida libremente, consumir desde un concreto desgano y una ampliación de angustias..., son conductas que expresan un enojo al no haber trabajo digno generalizado, al no haber una red afectiva que contenga y acompañe a tal sujeto. Es decir que la llamada drogadicción no es una cuestión puramente individualista sino que es una expresión individual de este malestar cultural, como muy bien lo desarrolla Carballeda (2008). Al escribir estas líneas para este trabajo deseo relacionar este eje de abordaje con un libro excelente, “El Malestar de la Cultura” de Sigmund Freud (1930), que se plantea si nosotros -como especie humana con nuestro desarrollo cultural- podremos dominar la perturbación a nuestra propia convivencia con la pulsión de la agresión y del autoaniquilamiento -denominada también “Pulsión de muerte”-. Lo mínimamente expresado -haciendo mención a este libro- corresponde a esas concretas dimensiones del inconsciente que siempre se plasman en nuestra consciencia y en la actividad cotidiana del yo. Es el enorme y gran desafío dado que el Psicoanálisis nos permite repensar nuestras propias acciones.

Continuando con los aportes desde el Psicoanálisis, recuerdo uno de los planteos fundamentales de Freud, en el que hace hincapié en que una persona logrará más continuidad en obtener Salud Mental cuanto más haga consciente lo inconsciente. Considero que apostar a una articulación dialéctica que potencie los Dispositivos de atención, de tratamiento específico con las medidas de

prevención inespecíficas o específicas sobre el consumo problemático de sustancias, implica partir de los ejes positivos del Psicoanálisis para el abordaje de la superación de traumas, de resignificar las energías libidinales para intentar que el sujeto con consumo problemático de sustancias pueda no quedar fijado en la Pulsión de Muerte y si afianzar la Pulsión de Vida. Desde los aportes positivos del Psicoanálisis destaco el artículo elaborado por Joel Álvarez (1989). En él desarrolla muchos y positivos variados ejes de análisis, como cuando refiere que el sujeto adicto se desordena en implosiones que le generan daño somático y social. Citando a Freud S., refiere que no se puede considerar a la Drogadicción como una nueva estructura patógena autónoma -como las Psicosis, las Neurosis y las estructuras perversas- sino como el resultado de una depresión indiscutible, de un estado de sinsentidos saludables en su existencia. Destaco cuando analiza la diferenciación para una persona adicta entre relación y vínculo. Lo que más se genera no es una relación sino un vínculo con una sustancia / con una cosa y no con otro. El autor expresa muy acertadamente lo siguiente:

“A primera vista, la droga niega la reciprocidad. Es, ante todo, encuentro que hace vínculo sin hacer relación, o sea, sin presuponer compromiso; al menos, compromiso social visible. Y es que el encuentro, indiscutiblemente empírico. No es con un otro semejante que propicie la ejecutoria de una pareja humana, demos por caso. El encuentro es en tanto cosa. No sólo comunicarse con la cosa que la droga es; es asumirse desde el lugar de la cosa que, a pesar de humano, el humano es. O sea: hacer posible esa manera del no-ser -no ser humano- permaneciendo sin embargo cosa, cosa humana, si se quiere, pero no relación humana. El vínculo es, pues. Vínculo de cosa; vínculo en la cosa, cuando de la drogadicción se trata” (Álvarez, 1989).

Por lo antepuesto, lo más importante es generar -desde nuestras intervenciones- proyectos preventivos y dispositivos de Tratamiento que apuesten y fortalezcan espacios de encuentros no cosificados, es decir de generación de relaciones humanas saludables y no relaciones cosificadas, meras vinculaciones que se sustentan en la inmediatez del “consumo problemático”.

Para intentar llevar a la práctica una estrategia de reducción de daños en el acompañamiento a un sujeto con serias problemáticas psíquicas y físicas por el consumo problemático de sustancias y que transita también un tratamiento -a punto de abandonarlo- de TBC, también es necesario generar redes y puentes en la propia comunidad del sujeto. Esos puentes sirven para poder potenciar el propio Capital Social en dicha Comunidad. Dicho Capital Social se fortalece con las prácticas de cooperación, de reciprocidad y de confianza. Al generar diversos tipos de intervenciones desde nuestra especificidad de TS que apunten a fortalecer el Capital Social de una Familia, de una Comunidad y hasta de un Pueblo -del que somos parte- llevamos a la práctica una forma concreta de apostar a la prevención inespecífica con respecto a las realidades del consumo problemático de sustancias y específica, al atender al sujeto/paciente que transita esta situación. Barreiro Cavestany (2000) expresa lo siguiente:

“El capital social de una persona está constituido por sus relaciones con otras personas y por las otras personas y relaciones que esta persona puede encontrar a través de aquellas con las que está directamente relacionada. Por lo tanto, el capital social se posee de manera compartida, por las partes de una relación, sin que los individuos puedan tener un derecho de propiedad sobre él. Por ello, tiene que ver con los recursos dentro de las estructuras y procesos de intercambio social y no con los recursos del individuo”.

Desde el equipo tratante tenemos que construir concretamente ese Capital Social de ese sujeto que en principio no es sostenido por ninguna red socioafectiva, sea o no familiar. Es importante hacer entrevistas domiciliarias, acercarnos a su territorialidad, a su “ranchada”, en fin, nunca dejar de llevar a la práctica el “el arte del intento”. Es decir, poder superar la visión hospital céntrica y/o de cualquier otro efector de salud y salir hacia el territorio, superar los límites que establecen los muros de cualquier efector de salud. También considero que poder construir ese capital Social implica recrear la definición de comunidad, para no caer en la simpleza de ver a la comunidad como un ente abstracto y homogéneo. Roger (2010) visibiliza nuevas reflexiones sobre la comunidad y la construcción -como políticas sociales- de las denominadas intervenciones comunitarias. Sobre la definición de la “comunidad”, visibiliza la importancia del análisis del poder, no como abstracción sino como atravesamiento en y desde las propias relaciones sociales que se dan en una comunidad, generándose también capacidades de resistencias, relacionándolo con los aportes de Michel Foucault). Para afianzar esta postura, Roger cita los aportes de Maritza Montero, expresando que

“La autora pone mucho énfasis en distanciarse de cierta noción de poder surgida de la sociología, más precisamente de Max Weber, y que ella llama concepción «asimétrica» del poder (Montero, 2006: 38), la cual, según sus términos, se caracteriza por poner el acento del lado del opresor, ya que en un polo este mismo tendría en su dominio los medios para someter a los otros, y en el otro extremo estos no tendrían más alternativa que someterse por carecer por completo de poder. La autora venezolana prefiere pensar al poder como una relación compleja en la que siempre es posible identificar en ambos lados de la ecuación recursos (Montero, 2006: 51), sean estos materiales, políticos, económicos, culturales, de organización etc.; que les permiten a quienes los detentan producir variaciones en las relaciones de poder, aunque estas sean de sometimiento, permitiéndoles también la posibilidad de acumular otros recursos a futuro” (Roger 2010; P. 3 y 4).

Partir de esa visión nos permitirá que las intervenciones comunitarias puedan crear mejores condiciones materiales y simbólicas para tensionar lo imperante y modificar en parte el contexto macrosocial que atraviesa las realidades microsociales en una comunidad.

Comparto lo expresado por Silvana Rodríguez -al citar a Fusto y Fonseca- en referencia a que ese sujeto al que está destinada nuestra intervención, con capacidad de escucha y con el intento de construir la más amplia empatía, es un sujeto activo en todos los sentidos:

“En concordancia con ello, “Pensamos que desde el Trabajo Social podríamos caracterizar al sujeto involucrado en el problema social, como un sujeto de necesidades, sujeto producto de las condiciones objetivas, producto de la historia, un sujeto como espacio de relaciones de poder, un sujeto deseante, y un sujeto que tiende a constituirse en productor de lo colectivo” (Custo y Fonseca, 1997: 55)” (Rodríguez, 2007).

Reitero que nuestras intervenciones pueden ser tanto inespecíficas como específicas; ambas se pueden dar al mismo tiempo y están dialécticamente interrelacionadas. Por ejemplo, atender a un paciente durante su tratamiento de TBC es un tipo de prevención específica para que pueda concluir y no abandonar el tratamiento. Realizar -en un espacio territorial donde se convocan múltiples actores- un dispositivo de Taller sobre Prevención de TBC es un ejemplo de prevención inespecífica. Cuando nos convocan desde el Dispositivo de Guardia, la entrevista y el

acompañamiento a un sujeto que ha generado un intento de suicidio son un tipo de prevención específica para que este sujeto pueda comenzar a problematizar el consumo problemático de sustancias e intento de suicidio, como al mismo tiempo ir abordando la posibilidad de construir nuevos sentidos y proyectos existenciales en su vida. Nuestras prácticas preventivas inespecíficas tienen que articularse positivamente con los tratamientos de asistencia directa a personas que atraviesan situaciones de consumo problemático de sustancias, como también tratamiento por cuadros de TBC. En primera instancia, estas intervenciones tienen que poder poner un límite al proceso de exclusión de diversos tipos y a las condiciones de existencias vacías que desde lo macro genera el Capitalismo en todos sus formas, pero principalmente en el modelo neoliberal conservador, provocando la alienación de las subjetividades de las personas que caen en el laberinto de la lógica del consumismo provocando una relación de consumo totalmente problemático con cualquier tipo de sustancias. Sobre este eje me pareció excelente lo expresado por Daiana Bruzzone cuando hace referencia a María Epele de la siguiente forma:

“Según María Epele (2004), las prácticas cotidianas relacionadas a la utilización de drogas en marcos sociales signados por la pobreza, la desigualdad, la marginación, las violencias y la incertidumbre, nos hablan de la desmantelación de las subjetividades” (Bruzzone, 2008, P. 4).

Como TS y como profesionales / trabajadores de la Salud Pública, tenemos el continuo desafío de replantearnos nuestras propias intervenciones profesionales y poder construir Intervenciones Sociales como Dispositivos que sean dinámicos, que no sean rígidos, que recuperen la propia singularidad de cada paciente como sujeto concreto de derechos a respetar y a acompañarlo en su concreción. Ante tantas expresiones de la Cultura de Poder que reduce a lo mínimo y / o lo acalla lo más que pueda la propia historia y la propia identidad de los pacientes con padecimiento Mental y/o con cuadro de TBC, debemos reafirmar que estos pacientes son mucho más que diversos diagnósticos/patologías/etc. Sus vidas trascienden un Diagnóstico de Trastorno Bipolar, de Psicosis Esquizofrenia, de Trastorno Psicótico no Especificado, de Descompensación Psicótica por consumo problemático de sustancias, de Patología Dual, de Tuberculosis Uni Pulmonar y/o Bi Pulmonar con o sin Cavidad (USC, UCC, BSC O BCC), etc.

Con estas reflexiones no quiero expresar que estoy en desacuerdo con la construcción de cualquier tipo de diagnóstico, pero éste tiene que ser lo más dinámico posible y ser un simple puntapié inicial con el objetivo puesto en evitar estigmatizaciones. Lo importante con nuestras intervenciones es siempre recuperar la trama histórica que ha atravesado a cada paciente, es recuperar y potenciar la propia identidad cultural de cada sujeto. De allí la importancia que adquieren este tipo de encuentros de formación. Como muy bien señala Carballada (2010):

“...la dificultad de mirada hacia la singularidad se expresa en el no reconocimiento de la subjetividad del otro en las propuestas de intervención más clásicas. Esta falta implica una dificultad de diálogo entre lo social, las nuevas formas de padecimiento, el deseo, la memoria colectiva en su expresión singular y el acceso a los escenarios de intervención social con mayor certeza y conocimiento profundo de ese otro sobre el que se interviene, tanto desde lo individual como desde lo colectivo”.

Se trata de recuperar y revalorizar la singularidad de cada paciente. No son “Psicóticos”, son personas que atraviesan en forma singular y particular un padecimiento mental cuyo diagnóstico -

como disparador- es Psicosis Esquizofrenia. Pero no son “Psicóticos” y/o no son “drogadictos”. Desde noviembre de 2017 sostengo un espacio de intervención el Hospital T. Germani. Se trata de un Dispositivo de intervención denominado Asesoría en Tuberculosis y sus implicancias sociales, sanitarias, económicas, habitacionales, etc. Concurren a atenderse no “Tuberculosos”, son personas que están atravesando la enfermedad de Tuberculosis con toda la implicancia cultural, simbólica, sanitaria, social, etc., que produce transitar esta enfermedad. La postura de Carballeda resulta de vital importancia para que podamos seguir pensando y repensando nuestras propias intervenciones y evitar caer en un círculo vicioso de mera y simple rutina. Es fundamental tener la recuperación de la voz y la singularidad de cada paciente, por lo cual también me parece pertinente que en toda intervención se tenga que lograr una interrelación dialéctica de tres ejes de intervención: lo solidario, lo histórico y lo lúdico, para aportar a la recuperación de los lazos sociales de ese paciente para que, de esta forma, pueda haber más referentes afectivos -sean o no familiares- para acompañarlo en la situación por la que atraviesa a causa del consumo problemático de sustancias y un tratamiento en curso de TBC.

Volviendo a Carballeda, podríamos señalar que el autor considera que el problema central es la Integración Social. Que existe una fragmentación social, una ruptura de solidaridades que ha fracturado el tejido. Por ello, se requieren procesos de intervención social en los espacios micro sociales. Considera tres ejes de intervención (lo solidario, lo histórico y lo lúdico) que implican ciertos instrumentos de intervención (observación, entrevista, técnicas grupales y de juego, expresión creativa, historias de vida, medios gráficos, medios audiovisuales, etc.). Finalmente, el horizonte de la intervención apunta a reconstruir las solidaridades, lo integrador, lo organizador y lo simbólico, para la reconstrucción o construcción de identidades sociales.

Estos dispositivos que vamos construyendo y poniendo en práctica desde el Trabajo Social en particular y desde un Equipo Interdisciplinario en general son expresiones concretas de políticas sanitarias que se llevan a la práctica en las multiplicidades de los territorios. Coincido nuevamente con Carballeda (2010) cuando refiere que “Una política sanitaria es producto de la política social y desde allí surge la necesidad de reflexionar sobre el carácter no sólo asistencial de la misma sino también anticipatorio y estratégico” .

Por otro lado, para que toda política pública sanitaria tenga una concreta efectividad, es necesario que intentemos partir desde una perspectiva Metodológica de Investigación / acción. Al respecto, Ianina Lois (2010) realiza los siguientes aportes:

“Los sujetos, los grupos, las comunidades y las organizaciones son concebidos como sujetos activos en la construcción de conocimiento y de significados. La decisión por la investigación acción conduce a que el principio y el fin sean las prácticas, concretas y situadas, de una comunidad particular” (P. 4)

“Los principales ejes epistemológicos y metodológicos que guían a la I+A son los siguientes: 1) el punto de partida está ubicado en la realidad concreta de los miembros de la comunidad; 2) tanto los procesos y las estructuras como las organizaciones y los sujetos, son contextualizados en su dimensión histórica; 3) la relación tradicional de sujeto-objeto entre investigador-comunidad se convierte en una relación sujeto-sujeto; 4) se postula la unidad entre teoría y práctica” ... “7) se reconoce también el carácter político e ideológico de la actividad científica; 8) se considera que la investigación y acción se convierten en momentos metodológicos de un solo proceso cuyo fin principal es la transformación social.” (P. 5).

Considero que las propias estrategias de Prevención y sus respectivos fortalecimientos ya son una forma de mejorar los dispositivos de tratamientos desde abordajes individuales, familiares y grupales. Es decir, Prevención y Tratamiento están dialécticamente vinculados y no pueden analizarse como dimensiones estancas y separadas.

### **Ejes básicos desde una Perspectiva de Epidemiología Social**

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, OMS (2021), se estima que en 2020 enfermaron de tuberculosis 9,9 millones de personas en todo el mundo. Al respecto, este organismo señala que:

“Se calcula que una cuarta parte de la población mundial está infectada por el bacilo de la tuberculosis, lo que significa que dichas personas están infectadas por el bacilo pero (aún) no han enfermado ni pueden transmitir la infección”.

Reafirmo la importancia de superar visiones lineales establecidas desde la Epidemiología clásica y biológica, siendo vital partir de la perspectiva de una Epidemiología Social, por lo cual la TBC, como el resto de las enfermedades, trasciende el mero análisis desde lo biológico / clínico y está atravesada por las múltiples dimensiones de lo social / cultural – simbólico/ económico / político, etc. “Es una problemática social”. Berlinguer (1986) plantea partir desde múltiples enfoques. Y Nutbeam (1998) afirma que “La epidemiología es sensible a los fenómenos sociales y se basa en la información que proporciona la comprensión de la realidad sociológica”.

### **Ejemplos de experiencias de atención a personas con historial de consumo problemático de sustancias y tratamiento por TBC**

#### 1. Paciente / Usuario con consumo problemático de sustancias legales:

El paciente Juan atraviesa un concreto consumo problemático de sustancias (tabaco/tabaquismo y en menor frecuencia consumo de alcohol). También presenta una tendencia de cuadro depresivo. Ha intentado sostener el tratamiento, pero ha realizado 6 abandonos. En estos momentos transita el último abandono de tratamiento (año 2022). Se han desarrollado múltiples estrategias de intervención para ampliar las diferentes formas de acompañamiento:

- Sus referentes familiares han acudido al espacio de la Asesoría de TBC;
- Se ha realizado en dos posibilidades entrevistas domiciliarias para reforzar con sus otros referentes afectivos familiares (hermanos, etc.) el acompañamiento a su familiar, al paciente;
- Se le ha ofrecido en diferentes oportunidades el espacio del servicio de psicología;
- Se ha brindado tanto con entrevistas en forma presencial como en forma virtual/telefónica, contención a la madre de los hijos de este paciente;
- Se ha avisado al paciente en sus diversos abandonos la posibilidad de articular con los Servicios Locales de Protección y Promoción de los Derechos de los niños/as y adolescentes por el riesgo que vivenciaban en la salud de sus hijos, por los continuos

abandonos del tratamiento por parte del paciente;

- Se le ha ofrecido y a concurrido al espacio del Dispositivo de Asesoría en TBC;
- Dispositivo de “Acompañamiento Cuerpo a Cuerpo”;
- Se ha intensificado conjuntamente con mi compañero Médico Neumólogo, realización de control de foco a todos los integrantes no solo de su núcleo familiar, sino también a los integrantes del resto de los núcleos familiares que comparten el mismo terreno (el paciente es de la Localidad de Laferrere, Partido de La Matanza). Hasta la actualidad todos los resultados de la RX realizadas a todos integrantes de los diversos núcleos familiares dieron normales y con respecto a los resultados de las PPD fueron negativas.
- El paciente presenta un cuadro de TBC Bipulmonar con Cavidades (BCC)

2. Paciente con cuadro de depresión y atravesamiento de historial de consumo problemático de poli consumo y durante el tratamiento de TBC de una sola sustancia:

La paciente se llama Beatriz, estuvo viviendo en las localidades de R. Castillo y de G. Catán durante el transcurso de su tratamiento. Con un historial de consumo problemático de sustancias desde los 16 años aproximadamente hasta los 42 años. Si bien no se encontraba consumiendo sustancias ilegales, si continua con un consumo problemático únicamente con la sustancia del Tabaco (tabaquismo). Ha atravesado también una concreta situación de inestabilidad emocional / padecimiento mental sin realizar tratamiento psicológico (año 2020). Se han desarrollado múltiples estrategias de intervención para ampliar las diferentes formas de acompañamiento:

- Diversas entrevistas en forma telefónica como de manera presencial en el Hospital para acompañar todo el transcurso del tratamiento y poder fortalecer la adherencia al tratamiento.
- Se les ha brindado accesibilidad a turnos para el espacio del Servicio de Psicología, no concurriendo la paciente;
- Se ha articulado y construido una red con referentes afectivas familiares (hermana) que ha permitido sostener / contener a la paciente y acompañarla durante el tiempo del tratamiento.
- Se le ha ofrecido y a concurrido al espacio del Dispositivo de Asesoría en TBC;
- Dispositivo de “Acompañamiento Cuerpo a Cuerpo”;
- Solamente ha realizado 2 abandonos del tratamiento, pudiendo en la 3 vez que ha retomado el tratamiento terminarlo en su totalidad, logrando la respectiva cura del cuadro de TBC Bi Pulmonar con Cavidades (BCC). Atravesamiento de un cuadro pre confirmado de EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica).
- No se la ha podido ubicar para confirmarle e informarle del cobro del Beneficio económico encuadrado en el marco de la Ley Provincial N° 10436. Se ha realizado múltiples llamadas telefónicas a los diversos teléfonos que ha dejado la paciente como a su hermana. Se ha concurrido con un móvil sanitario al domicilio que brindó

la paciente, sin poder ubicarla y refiriendo los vecinos que se ha mudado sin saber la nueva dirección.

3. Paciente con cuadro de Depresión, con historial de poli consumo y con una continuidad del consumo de tabaco en forma no continua:

La paciente Beatriz presentó un cuadro de TBC Bi Pulmonar con Cavidad (BCC), siendo multiresistente por los múltiples abandonos que realizó del tratamiento. Se ha logrado una adherencia positiva que ha permitido retomar el tratamiento, pero lo ha abandonado faltando 1 mes, agudizando posteriormente su cuadro de TBC Bipulmonar que se asoció a un cuadro de EPOC diagnosticado. Con la generación de otras complicaciones clínicas (ya abandonado el tratamiento de TBC) se ha producido su fallecimiento (año 2013). Se han desarrollado múltiples estrategias de intervención para ampliar las diferentes formas de acompañamiento:

- Generación de un acercamiento paulatino a su domicilio (realización de intentos de entrevistas domiciliarias) no permitiendo al principio que se pueda ingresar a su propia vivienda;
- Se realizaron diferentes entrevistas tanto en forma telefónica como presenciales con sus padres de la paciente que estaban separados y sin ningún tipo de vínculo entre sí (situación de conflictividad en el vínculo). Se permitió acordar un espacio de encuentro y diálogo entre ambos para generar (con la presencia del equipo tratante) un mejor acompañamiento a la paciente.
- Se ha establecido la generación de redes y puentes con los equipos interdisciplinarios de la Escuela donde concurrían sus hijos, para afianzar el acompañamiento en forma indirecta a la paciente;
- Se ha realizado la estrategia del TDO (Tratamiento directamente Observado) cuando la paciente ha logrado superar sus mecanismos de resistencia y ha empezado a establecer un vínculo con quien escribe este artículo (a pesar de haber rechazado mi presencia profesional en un principio y manteniendo su no vinculación con el resto de los integrantes del equipo de salud);
- Se ha logrado una continuidad del tratamiento por más de 4 meses en forma continuada, concurriendo a su domicilio para garantizar la estrategia del TDO durante 2 veces por semana, y generando una alianza estratégica con la abuela paterna de la paciente que ha observado en el resto de los días (como también su madre y padre en algunos de los otros días de la semana) la observación de que la paciente estaba tomando la Medicación antituberculosa.

### **Palabras finales**

Estas reflexiones finales se plantean como humildes aportes para ofrecer una concreta fundamentación a este Dispositivo de Charla Disparadora. Poder sembrar semillas desde nuestras intervenciones para poder superar los estigmas discriminativos construidos y generados sobre el “tuberculoso y drogadicto” nos permitirá poder vincularnos, establecer y construir una empatía humanística con ese sujeto en situacionalidad de paciente. Desde esta perspectiva, estoy seguro de

que intentaremos generar esos espacios de escuchas concretas y de acompañamientos para que tales pacientes puedan continuar su adherencia al tratamiento de TBC, como también reducir los riesgos y el consumo problemático de sustancias.

Como trabajadores/as de la Salud Pública tenemos la responsabilidad de seguir aportando a la construcción de un imaginario que ponga en tensión los parámetros culturales del poder que tienden a la estigmatización bajo la denominación de “Loco” o “Tuberculoso”. Desde nuestras intervenciones en el devenir de lo micro social siempre tendremos la posibilidad de modificar esos imaginarios por los de inclusión real y no segregación. Al respecto, Ianina Lois expresa que:

“Lo social se construye a partir de imaginarios sociales, de representaciones, que generan diferentes impactos en la singularidad de cada grupo, barrio o sujeto. Desde la perspectiva de los imaginarios sociales, imaginario no es solo la ‘imagen de’, sino una creación incesante, indeterminada porque es atravesada por lo psicológico, lo social y lo histórico que, en definitiva, impacta en el orden de lo real” (Lois, 2010, P.2).

La idea es construir nuevos imaginarios que nos permitan guiar nuestras propias prácticas e intervenciones con la finalidad de promover y defender los derechos humanos de cada uno de los/as pacientes.

Quiero hacer referencia también a los aportes de la Dra. médica psiquiatra española (Especialista en Neurociencias) Marian Rojas-Estapé, quien ha manifestado en diversas oportunidades que al hacer y encarar la vida con Pasión, uno “multiplica”. Refiere que estos tres ejes/dimensiones: - cocimientos; - tener proyecto de vida y - tener voluntad, se “multiplican” si uno parte de la pasión en su quehacer. Esta perspectiva, este intento de construcción con cada paciente, son formas concretas de resistencia. Cierro esta intervención con una cita de Michel Foucault:

“La resistencia no es únicamente una negación: es un proceso de creación; crear y recrear, transformar la situación, participar en el proceso, eso es resistir...”

### **Bibliografía consultada**

Alí, F; Carlini, C.; Fisichela, A.; Luján Cruz, N. y Schefeld, M. (2014). *Proyecto de Intervención y Prevención de TBC “Búsqueda activa de personas con Tuberculosis”*. Dirección de Programas Sanitarios. Secretaría de Salud Pública, Partido de La Matanza, Argentina.

Álvarez, Joel (1989). *Reposición de la pareja Cuerpo – Alma en el Drogadicto*. Repositorio Institucional. Biblioteca Virtual de la Universidad Nacional de La Plata. Recuperado de: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/48634/12104-30667-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Amelotti, F. y Ventura, N. (2012). *Estrategias de Intervención del Trabajo Social en Salud a nivel Interinstitucional*. En Revista Margen, Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición Electrónica N° 66, Buenos Aires. Recuperado de: [https://www.margen.org/suscri/margen66/02\\_amelotti.pdf](https://www.margen.org/suscri/margen66/02_amelotti.pdf)

Alzugaray, Rodolfo A. (2008). *Ramón Carrillo, el fundador del Sanitarismo Nacional*. Buenos Aires, Ediciones Colihue. Recuperado de: <https://www.colihue.com.ar/fichaLibro?bookId=23777>

Barreiro Cavestany, F. (2000). *Capital Social y desarrollo Territorial. Programa Curricular del Curso de Pasantía en España Desarrollo Económico Territorial*. Sistemas Regionales, Agencias de fomento al Desarrollo productivo, el empleo y emprendimiento local. Recuperado de: <http://biblioteca.municipios.unq.edu.ar/modules/mislibros/archivos/Barreiro.pdf>

Battaglia, C. y Raiden, M. (2002). *Los entrecruzamientos discursivos en las construcciones de la subjetividad adictiva*. En Revista Margen, Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición Electrónica N° 24, Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/numero24.html>

Berlinguer, Giovanni (1988). *Los conceptos de Salud Enfermedad*. En Revista Investigación y Educación en Enfermería. Volumen N° 6, N° 1, Medellín. Recuperado en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/22253/18431>

Bruzzone, D. (2008). *Construcción del cuerpo, sentidos en juego*. En Jornadas de Cuerpo y Cultura de la UNLP Recuperado de: <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/library?a=d&c=eventos&d=Jev670>

Buti, D., Carlini, C. y Fisichela, A. (2013). *Proyecto de Intervención “Previniendo la TBC en los Barrios”*. Programa Municipal de Salud Familiar y Comunitaria / Programa Médicos Comunitarios. Secretaría de Salud Pública de La Matanza.

Carballeda, A. (2004). *La intervención de lo social y el padecimiento subjetivo*. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2720781>

----- (2006). *Políticas de reinserción y la integración de la sociedad. Una mirada desde las Políticas Sociales*. Facultad de Periodismo y Comunicación Social. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de La Plata. Recuperado de: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/46064>

----- (2008). *La Intervención en lo Social y las Problemáticas Sociales Complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social*. En Revista Margen, Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición Electrónica N° 91, Buenos Aires, 2008. Recuperado de <https://www.margen.org/suscri/margen48/carbal.html>

----- (2010). *La intervención en lo social como Dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales”* Recuperado de: [https://www.academia.edu/44535560/La\\_intervenci%C3%B3n\\_en\\_lo\\_social\\_como\\_dispositivo\\_Una\\_mirada\\_desde\\_los\\_escenarios\\_actuales](https://www.academia.edu/44535560/La_intervenci%C3%B3n_en_lo_social_como_dispositivo_Una_mirada_desde_los_escenarios_actuales)

----- (2008). *Drogadicción, Problemáticas Sociales Complejas y Políticas Públicas. Una mirada desde la intervención en Lo Social*. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2011-03242008000100011](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-03242008000100011)

----- (2012). *Política Social, Multiculturalismo e Intervención en lo Social. Pensando en Latinoamérica*. En Revista Debate Público, Reflexión de Trabajo Social. Recuperado de: [http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/06\\_Carballeda.pdf](http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/06_Carballeda.pdf)

Cabello Antonio, Martín. (2015). *La Desconfianza en las Instituciones como Expresión del Cambio Político y Cultural*. Revista Aposta de Ciencias Sociales, edición N° 67. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4959/495950263002.pdf>

Cantor, Guillermo (2002). *La triangulación metodológica en ciencias sociales. Reflexiones a través de un trabajo de investigación empírica*. Recuperado de: <https://www.moebio.uchile.cl/13/cantor.html>

Carlini, Cristian H. (2018). *Acompañando el recorrido de un camino distinto*. En Revista Margen, Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición Electrónica N° 91, Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.margen.org/suscri/margen91/carlini-91.pdf>

----- (2021) *Altas cuidadas hospitalarias. Una construcción interdisciplinaria y multiactoral*. En Revista Margen, Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición Electrónica N° 100, Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen100/Carlini-100.pdf>

----- (2022). *Asesoría en TBC, Proceso de Gestión y Aportes desde el Trabajo Social*. En Revista Margen, Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición Electrónica N° 104, Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen104/Carlini-104.pdf>

Castilla, María Victoria (2016). *Tuberculosis, sufrimiento y vida cotidiana en Barrios marginales y vulnerables del Área Metropolitana de Buenos Aires*. En Trabajo y Sociedad. Sociología del Trabajo. Estudios Culturales. Narrativas sociológicas y literarias. En NB – Núcleo básico de Revistas Científicas Argentina N° 26, Argentina. Recuperado de: <https://www.unse.edu.ar/trabajosociedad/26%20Castilla-Tuberculosis%20y%20vida%20cotidiana.pdf>

Cavallieri, María Silvina (2008). *Repensando el concepto de Problemas Sociales. La noción de situaciones problemáticas*. En Compartiendo Notas. El Trabajo Social en la Contemporaneidad. Ediciones UNLa. Lanús.

Cazzaniga, Susana (1997). *El abordaje de la Singularidad*. En: Cuadernillo Temático N° 22. Revista Desde el Fondo. Universidad Nacional del Litoral. Recuperado de: <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-nacional-del-litoral/trabajo-social/cazzaniga-el-abodaje-de-la-singularidad/3119163>

----- (2002) *Trabajo Social e Interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud*. En Revista Margen, Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición Electrónica. Edición N° 27, Buenos Aires, 2002. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen27/jorna.html>

Cepeda, Milagros (2019). *Ruta crítica del sujeto con padecimiento mental en el segundo nivel de atención en salud y las implicancias de la actual coyuntura*”- En Revista Margen, Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición Electrónica. Edición N° 92, Buenos Aires, 2019. Recuperado de: <http://www.margen.org/suscri/margen92/Cepeda-92.pdf>.

Dabas, E. (1998). *Redes sociales, familia y escuela*. Ed. Paidós, Buenos Aires.

de Ipola, Emilio, comp. (1998). *La crisis del lazo social. Durkheim, cien años después. (Introducción)*. Recuperado de: [https://www.fhuc.unl.edu.ar/olimpistoria/paginas/manual\\_2009/docentes/modulo2/texto6.pdf](https://www.fhuc.unl.edu.ar/olimpistoria/paginas/manual_2009/docentes/modulo2/texto6.pdf)

Declaración de Alma Ata (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata*. Punto VI. URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Recuperado de: <http://www.phmovement.org/iphu/files/resources/Declaraci%C3%B3n%20de%20Alma.pdf>.

Deleuze, G. y Guattari, F. (2010). *Mil mesetas: capitalismo y esquizofrenia* (Trad. J. Vázquez Pérez). Editorial Pre-Textos. Valencia

Faleiros, Vicente de Paula (2008). *Trabajo Social. Ideología y Método*. Texto trabajado en la materia de Trabajo Social II. Carrera de Trabajo Social. Universidad de Buenos Aires (UBA).

Findling, L. y López, E. (2009). *Salud, familias y vínculos: el mundo de los adultos mayores*. Edit. Eudeba, Buenos Aires.

Fleischer, Laura. *El arte como herramienta de intervención social*. Recuperado de: <https://www.buenastareas.com/ensayos/El-Arte-Como-Herramienta-De-Intervenci/76306093.html>

Folleto de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud. Gestión 2008 - 2015

Foucault, Michel (1989). *El poder: cuatro conferencias*. Universidad Autónoma Metropolitana. Editorial Libros de Laberinto, México.

Frankl, V. (1995). *El Hombre en busca de sentido*. Editorial Herder Decimosétima edición, Barcelona.

Freud, S. (1930). *El malestar de la cultura*. Biblioteca Libre OMEGALFA. Recuperado de: <http://institutocienciashumanas.com/wp-content/uploads/2019/08/Freud-El-malestar-en-la-cultura-1929.pdf>

Gatti, Carlos y otros (2003). *La problemática del Deber, la Responsabilidad y la Drogadicción. Cambios sociales y trastornos de personalidad*. Mesa redonda. Recuperado de: [https://antroposmoderno.com/antro-articulo.php?id\\_articulo=365](https://antroposmoderno.com/antro-articulo.php?id_articulo=365)

Gianni, Silvia (2001). *Demanda y estrategias de intervención en prevención*. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen23/gianni.html>

Goffman, Erving (2001). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Editorial Amorrortu. 1 edición, 3 Reimpresión, Buenos Aires.

González, Claudio (2018). *Tuberculosis: Una visión Antropológica*. Curso anual de Actualización en Tuberculosis. H.I.G.A. Dr. Diego Parosissien, Isidro Casanova, provincia de Buenos Aires.

Grimberg, M. (2001). *Aportes teóricos al análisis de los Procesos de desigualdad social*. Material de Lectura de la Material Antropología Sistemática I, Carrera de Antropología. Facultad de Filosofía y Letras, UBA (Universidad Nacional de Buenos Aires).

Iamamoto, M. (2003). *El servicio social en la contemporaneidad. Trabajo y formación profesional*. San Pablo, Cortez Editora. Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social. Primera parte, Capítulos I y II. págs. 27 – 178

Infantino, Julieta (2008). *El arte como herramienta de intervención social entre jóvenes en la ciudad de Buenos Aires*. Recuperado de: <https://www.ingentaconnect.com/contentone/iieal/meda/2008/00000069/00000001/art00004>

Info Drogas (2020). *“Más información, menos riesgos”*. Junta Nacional de Drogas, 12 edición, República del Uruguay. Recuperado de: <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/infodrogas-informacion-menos-riesgos>

Lapassade, Georges y Lourau, René (1997). *Claves de la Sociología*. Editorial Laia, Barcelona.

Lewcovicz, I. y Corea, C. (2004). *Pedagogía del Aburrido*. Buenos Aires, Paidós Educador.

Laurrell Asa, Cristina (1990). *El estudio social del proceso salud – enfermedad en América*

*Latina*. En Salud y Crisis en México. Textos para un debate. Ignacio Almada Bay, Compilador. Centro de Investigaciones interdisciplinarias en Humanidades, UNAM. México, Siglo Veintiuno Editores.

Ley Nacional N° 26.529 (2009) República Argentina. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm#:~:text=El%20paciente%2C%20prioritariamente%20los%20niños,sexual%20o%20cualquier%20otra%20condición.>

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010). Derecho a la Protección de la Salud Mental. Sancionada el 25 de noviembre del 2010, promulgada el 2 de diciembre del 2010. <http://www.mpd.gov.ar/uploads/documentos/Ley%2026657.pdf>

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Decreto Reglamentario 603/2013 (2013) República Argentina. Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento224.pdf>

Ley Nacional N° 26.661 (2005) República Argentina. Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley\\_de\\_proteccion\\_integral\\_0.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_de_proteccion_integral_0.pdf)

Ley Nacional N° 26.934 (2014). Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos, República Argentina. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26934-230505>

Ley Federal del Trabajo Social N° 27.072 República Argentina. Consejo Profesional Trabajo Social Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <https://www.trabajo-social.org.ar/ley-federal/>

Ley Nacional N° 27.350 (2017). Uso medicinal de la planta de cannabis y sus derivados, República Argentina. Disponible en: <http://www.salud.gob.ar/dlsn/categorias/salud-publica/cannabis-uso-medicinal/ley-27350>

Ley Provincial N° 10.436 de la Provincia de Buenos Aires (1986). Creación de un régimen de amparo destinado a asegurar la protección socio-económica del paciente afectado de tuberculosis. Disponible en: <https://normas.gba.gob.ar/ar-b/ley/1986/10436/6372>

Lois, Ianina (2010). *Comunicación Comunitaria. Universidad y organizaciones sociales: Un espacio para la construcción del "otro"*. En Revista Margen, Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición Electrónica N° 57. Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen57/lois57.pdf>

López Martínez, Dolores (2011) *Técnicas, materiales y recursos utilizados en los procesos arte terapéuticos*. Universidad de Murcia, España. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/37092>

Lorenzo, Romina P. (2019). *Una aproximación a los diferentes Paradigmas de Intervención sobre Consumo Problemático*. Universidad Nacional de Rosario Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales Escuela de Trabajo Social Recuperado de: <https://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/15719/ultima%20tesina%202%20de%20mayo.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Mallardi, Manuel (2004). *La entrevista en los procesos de intervención profesional del Trabajo*

*Social. Diálogos con la filosofía Bajtiniana.* Recuperado de: [https://www.academia.edu/1204048/La\\_entrevista\\_en\\_los\\_procesos\\_de\\_intervención\\_profesional\\_del\\_Trabajo\\_Social\\_Diálogos\\_con\\_la\\_Filosofía\\_Bajtiniana](https://www.academia.edu/1204048/La_entrevista_en_los_procesos_de_intervención_profesional_del_Trabajo_Social_Diálogos_con_la_Filosofía_Bajtiniana)

Martínez Castro, José Luis y González Calderón, Diana Elisa (2013). *Estudios de Arte y la Cultura. Grafismo Urbano. La intervención social en el Espacio Urbano y su apropiación simbólica.* Revista Lindes. Recuperado de: [https://revistalindes.com.ar/contenido/numero6/nro6\\_art\\_martinezCastro-GonzalezCaldedron.pdf](https://revistalindes.com.ar/contenido/numero6/nro6_art_martinezCastro-GonzalezCaldedron.pdf)

Matusevicios, J. (2014). *Intervención Profesional en Tiempos de precarización laboral. Contrapoder Instituyente y articulación con Movimientos Sociales*, En *Procesos de Intervención en Trabajo Social: Contribuciones al ejercicio profesional Crítico*. Mallardi M. Compilador. Editorial Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.

Mendoza Rangel, María del Carmen (1986). *Una opción metodológica para los Trabajadores Sociales*. Segunda Edición. Asociación de Trabajadores Sociales Mexicanos, México.

Menéndez, Eduardo L. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segunda Jornada de Atención Primaria de la Salud. Recuperado de: [https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/816\\_rol\\_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo\\_medico.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf)

Meyer, Eugenia y de Bonfil, Alicia Olivera (1971). *La historia Oral. Origen, Metodología, Desarrollo y Perspectivas*. En *Historia Mexicana*. Instituto Nacional de Antropología e Historia. Vol. 21, No. 2. El Colegio de México, México.

Miño, Viviana (2018). *Rol del Servicio Social en la Tuberculosis. Curso anual de Actualización en Tuberculosis*. H.I.G.A. Dr. Diego Parosissien, Isidro Casanova, provincia de Buenos Aires.

Niremberg, Olga y otros (2003). *Programación y evaluación de proyectos sociales*. Buenos Aires. Edit. Piados.

Nutbeam, Don (1998). *Glosario de Salud*. Publicación de la OMS. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf;jsessionid=303063422756C194F0946FD86133AD5D?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=303063422756C194F0946FD86133AD5D?sequence=1)

Observatorio del Tercer Sector de Bizkaia (2015). *Arte para la Inclusión y la transformación social*. Equipo del Observatorio del Tercer Sector de Bizkaia. Recuperado de: <https://mediacionartistica.files.wordpress.com/2013/05/arte-para-la-inclusion-bizkaia.pdf>

OMS - Organización Mundial de la Salud (2021). *Tuberculosis*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>

OPS - Organización Panamericana de la Salud (s/f). *Abuso de sustancias*. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>

Pagaza, M. R. (1998). *Una perspectiva Teórica Metodológica de la Intervención en el Trabajo Social*. Editorial Espacio, Buenos Aires.

Pawlowicz, María Pía (2015). *Ley de Salud Mental. Apuesta a un cambio de paradigma y oportunidades para una reforma en las políticas de drogas*. Revista Voces en el Fénix. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/maria.pia.pawlowicz/130.pdf>

Polet, Francois (2014). *Washington pierde su “guerra contra las drogas”*. Recuperado de:

<https://www.eldiplo.org/176-hasta-donde-llegara-francisco/washington-pierde-su-guerra-contra-las-drogas/>

Ponce, Geraldine (2010). *Construyendo Herramientas. Un recorrido por los procesos de intervención de la residencia de Trabajo Social en el Programa de Desnutrición del CeSAC N° 5*. Material de Lectura de Taller IV, Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales. UBA (Universidad Nacional de Buenos Aires), Argentina.

Rodríguez, Silvana (2007). *Dilucidando desde el Trabajo Social dificultades y posibilidades de la intervención en drogadicción*. En Revista Margen, Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición Electrónica N° 46, Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen46/interdrog.html>

Roger, C. (2010). *Alcances y limitaciones de las intervenciones comunitarias: Una experiencia desde la prevención de adicciones*. En Revista Margen, Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición Electrónica N° 57. Buenos Aires, 2010. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen57/roger.pdf>

Rovere, M. (1997). *Planificación Estratégica en Salud; acompañando la democratización de un sector en crisis*. En Facultad de Psicología, UBA. Recuperado de: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/066\\_salud2/material/unidad2/subunidad\\_2\\_2/rovere\\_planificacion\\_estrategica\\_en\\_salud.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad2/subunidad_2_2/rovere_planificacion_estrategica_en_salud.pdf)

----- (1999). *Redes En Salud. Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte, Rosario Argentina. Recuperado de: <https://hogardecristo.org.ar/wp-content/uploads/2019/08/Mario-Rovere-REDES-EN-SALUD.pdf>

Salleras Sanmarti, L. (1979). *Principio y Métodos de la Educación Sanitaria*. Ayuntamiento de Barcelona, Ciudad de Barcelona, España.

Salvatierra, Cynthia y Carlini, Cristian (2013). *Tesis: Recuperando la historia de la constitución formal del centro de salud N° 18 desde la palabra viva de sus actores*. Carrera de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Salvatierra C., Crespo N. y Carlini, C. (2010). *Saquemos a la Tuberculosis de la Oscuridad*. Trabajo Final de Taller III. Carrera de Trabajo Social. UBA Universidad de Buenos Aires.

SEDRONAR. *Entre todos podemos prevenir*. Recuperado de: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/sedronar-entre\\_todos.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/sedronar-entre_todos.pdf)

Tajer, Débora (2004). *Construyendo una agenda de género en las políticas públicas de salud*. En Políticas Publicas, Mujer y Salud. Ediciones Universidad Nacional de Cauca y RSMLAC, Popayán, Colombia. Recuperado de: <https://www.hhri.org/wp-content/uploads/2021/01/Construyendo-una-agenda-de-genero.pdf>

Testa, Mario (2007). *Pensamiento Estratégico y Lógica de programación. (El caso de la Salud)*. Editorial. Editora Lugar. Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Trabi, Viviana (2003). *La investigación diagnostica en Trabajo Social: La construcción de problemas a partir de la demanda de intervención profesional*. En: Escalada, Soto, Fuentes y Otros: El Diagnóstico Social. Proceso de conocimiento e intervención Profesional. Editorial Espacio, Buenos Aires.

Vasilachis de Gialdino, Irene (1992). *Métodos cualitativos I: los problemas teóricos epistemológicos*. Centro Editor para América Latina. Buenos Aires

Watzlawick, Paul; Helmick Beavin, Janet y Jackson, Don (1973). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*, Editorial Tiempo Contemporáneo.

Zurro, M. y Cano Pérez, J. F. (1991). *Manual de Atención Primaria*". Editorial Doyma, Barcelona.