

## Las Crónicas de Elvivora. El abordaje de lo posible en problemáticas de consumo

Por Ayelén Britos

**Ayelén Britos.** Licenciada en Trabajo Social. Residente de Salud Mental Infanto-Juvenil, Hospital Misericordia de la Ciudad de Córdoba, Argentina

El presente escrito se encuadra en la experiencia profesional correspondiente al Trayecto Adultos en el Hospital Misericordia (el Mise) de la Ciudad de Córdoba en el marco de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Infanto-Juvenil (RISaMIJ).

Este escrito centrará su análisis en lo que fue el abordaje de la problemática de consumo en un hospital general que cuenta con servicio e internado de salud mental ubicado en el tercer nivel de complejidad de la Red de Asistencia de las Adicciones de Córdoba. El hospital se encarga de la atención de urgencias por intoxicación y utiliza la internación durante un período breve para lograr la estabilización de desequilibrios físicos y/o emocionales del paciente.

La RISaMIJ es un programa de formación de posgrado para profesionales de las áreas de Trabajo Social, Psicología, Psiquiatría, Psicomotricidad y Psicopedagogía para la atención de patologías en salud mental en la población infanto juvenil.

El trabajo se plantea en tres momentos: en primer lugar, la presentación del caso redactado en formato de crónica con la intención de hacer un recorte de hechos y momentos significativos en torno a la internación de la protagonista; un segundo momento de discusión, en el que se abordarán los marcos normativos, conceptos teóricos y análisis que surgieron en torno a la intervención social e interdisciplinaria y finalmente, las conclusiones vinculadas a interrogantes, interpelaciones del rol disciplinar dentro del abordaje en problemáticas de consumo de sustancias en un hospital general.

Vale aclarar que para resguardar la información personal de la usuaria se utilizará un nombre ficticio. En este texto se utilizan las letras “X” y “E” como marcadores del género neutro o no binario con el fin de promover un lenguaje inclusivo y respetuoso hacia todas las personas.

### Capítulo 1

#### **Elvivora: Yo soy altanera y muy fumadora**

La protagonista de esta historia es Elvivora, una mujer joven de 31 años, madre de Leo de 16, Darío de 14 e India de 10 años. Es oriunda del interior de la provincia de Córdoba (Argentina), recientemente separada de Diego, padre biológico de la niña y progenitor afín de los adolescentes. En palabras de la protagonista, “el amor de mi vida y un gran padre”.

Derivada de un Hospital del interior, llegó a la guardia del Hospital Misericordia el viernes 18 de octubre de 2024, acompañada en la ambulancia por su psiquiatra tratante desde hacía más de un año. Había tomado la medicación de su tratamiento y consumido cocaína tras una discusión con Diego. No era la primera vez que intentaba quitarse la vida.

Elvivora pasó el fin de semana en el internado de Salud Mental sin recibir visitas. Los primeros días pudo ser entrevistada, se la pasó durmiendo.

- Dr. R. (psiquiatra): *“Se prioriza el sueño con pacientes así, vienen de días sin dormir”* -en referencia a las personas con DX F19 según CIE10 (OPS, 2008)-, *“trastornos mentales y de comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas”*. Fue derivada al “Mise” para desintoxicación y gestionar su ingreso a comunidad terapéutica para continuar tratamiento para deshabitación.

Elvivora se despertó el domingo y armó un revuelo en el piso por los cigarrillos. Al día siguiente, en el pase de guardia se dijo *“hizo un motín en la sala, es tremenda...”*

- *“Tienen que saber que yo soy altanera y muy fumadora”*, había gritado en los pasillos del internado cuando tuvo que lidiar con la primera norma que se le marcaba: 4 cigarrillos por día. A pocas horas de arribar se había ganado de “enemigos” a lxs enfermerxs, quienes no le dejaban pasar una: *“Elvivora, ya te dijimos que antes de tocar la puerta de lxs profesionales nos digas a nosotrxs que necesitas”*, dijo la enfermera I. No solo rigidizaban las reglas para ella sino que además le filtraban sus demandas y peticiones. Pero ella no se las iba a hacer fácil...

## Capítulo 2

### Quiero recuperar lo que perdí por muchos años

- *“Elvivora, vamos al consultorio”*. Ella se para, asiente y camina despacio, somnolienta por los efectos de la medicación.

- *“¿Sabes por qué estás acá?”*

- *“Sí, me quise matar después de una sobredosis. Primero me tomé la medicación y después consumí cocaína”*. Así comienza a relatar su historia: *“Discutí con mi expareja y me sentí muy mal. Era muy duro para mí entrar a esa casa, y sentirme sola”*. Se había separado hacía unos meses, cuando su problema de consumo se había incrementado. En septiembre, “la Unidad de Desarrollo Regional” había tomado una medida excepcional con Leo y Darío, quienes fueron a vivir con Diego. Elvivora relató entonces que unxs vecinxs la habían denunciado a *“la Secretaría de niñez, adolescencia y familia”* y que en el barrio no se hablaba con nadie, que se iba a alejar de *“su junta”*.

Algo de la historia de Elvivora se repetía. Transitando el octavo mes de su embarazo, su madre conoció a Gabriel, su padrastro: *“Cuando nací, me aceptó la familia de Gabriel, sus papás son mis abuelos, mi familia de crianza. Mi mamá me vino a buscar cuando tenía 12, pero no nos llevamos bien, me fui a la calle”*. A los 10 años había dejado el colegio por pegarle a la señorita. A su papá biológico nunca lo conoció. Con su mamá no había logrado reponer el vínculo.

Cuando se fue a vivir a la calle, a los 13 años la puerta de entrada al consumo fue la cocaína. Elvivora relató luego la pérdida dolorosa de su abuela cuando estuvo alojada en la cárcel de mujeres de Bower: *“Un amigo me engañó, me puso droga en la mochila, no estaba fraccionada y*

*me agarró la policía. Él desapareció y quedé pegada*“. Estuvo 4 años privada de la libertad. En ese lapso se mantuvo sin consumir. Hace dos años recuperó en libertad.

Elvívora tiene una larga trayectoria en iniciar y abandonar tratamientos, 5 internaciones en hospitales para desintoxicación y un ingreso a comunidad terapéutica en el año 2018. Hacía 4 meses que había dejado el tratamiento ambulatorio con su médica psiquiatra de la Red Asistencial de Adicciones en Córdoba, un sistema de atención integral preventivo/asistencial y público para el abordaje de las adicciones a cargo de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones del Ministerio de Salud.

En la primera entrevista preguntó por Darío: *“Díganle que me traiga unas cosas que necesito*“, era la excusa que utilizó durante los primeros días de su internación para demandar su presencia física a diario. Por pedido del equipo se le solicitó que escribiera un listado con lo que precisaba:

*“Lista para mi amor: cigarrillos 4 si puedes. Venir antes mejor xq me robaron los otros. Toallitas femeninas q no tengo mas. Bueno, cositas ricas, las galletitas dulces y saladas amor. Me traes galletitas 9 de oro agri-dulce.*

*Te amo.*

*Besos. Elvi.*” (Transcripción textual)

### Capítulo 3

#### Esta paciente no va a durar mucho en el internado

Elvívora transitó la primera semana con sintomatología compatible con el síndrome de abstinencia, que se agudizaba en el horario de la siesta y antes de dormir. *“Sueño que consumo con gente que no conozco, estoy en un lugar que tampoco reconozco.*” Irritabilidad, inquietud motora, taquicardia y labilidad emocional era lo que se observaba en las entrevistas.

*“A veces estoy bien, y otras veces lloro de la nada*”. Elvívora aplacaba los síntomas cuando se prendía un cigarrillo, que según ella tenía más efecto “ansiolítico” que la propia medicación. Pedía a enfermería fumarse más de los cuatro permitidos, pedía permiso para fumar en la habitación. Pero la norma es la norma y la ley pareja para todxs, cuando se le negaba, hacía de las suyas, pasaba por sobre la indicación de enfermería y le pedía permiso al equipo de guardia. Alguna que otra vez se salió con la suya, pero cuando no lo obtenía, bajaba sola sin permiso hasta el ingreso y se quedaba sentada contemplando el paisaje del “Mise”. *“Esta paciente no va a durar mucho en el internado*”, era lo que se repetía a diario en cada pase de guardia.

Esos días fueron un campo de batalla: Elvívora vs. enfermería, vs las normas del internado, vs la abstinencia. Se quejaba, denunciaba el robo de sus pertenencias personales, demandaba saber el día de alta, se enojaba cuando no era entrevistada, pedía a “las sociales” comunicarse con Diego, quería llamar a sus hijxs y se angustiaba cuando no recibía visitas.

Al llegar el viernes de su primera semana explotó. Recibió la negativa de fumar un cigarrillo (ya había bajado a fumar), se enojó con el equipo de guardia y con enfermería, amenazó con irse, se encerró y trabó la puerta del baño de su habitación. Al abrir la puerta se la encontró parada arriba de un balde frente de la ventana. Se estaba pasando una remera por el cuello para “ahorcarse”, tal como hiciera uno de sus compañeros días antes. Su plan se frustró, se enojó, agarró sus cosas, ¿cruzó la puerta del internado dispuesta a no volver?

Bajó hasta la entrada de la guardia, en el trayecto pidió un celular prestado, llamó a Diego y le contó que la habían echado, que se “iba” y pidió que la fuera a buscar...

## Capítulo 4

### Llaman a mi social

En la comunicación telefónica con Darío -posterior a su retiro del internado contra opinión del equipo- dijo: *“Me acaba de llamar para contarme, me pidió que fuera a buscarla pero no puedo ir, no tengo plata ni movilidad para ir a Córdoba”*.

Elvívora se dio cuenta de que se encontraba lejos de su casa y no tenía cómo movilizarse hasta allá. Quedó con sus cosas, sola en la sala de espera de la guardia, pidiendo por la social.

- *¿Quiero irme a mi casa, ¿vos me podés conseguir como irme?*
- *Te internaste de forma voluntaria y estás decidiendo retirarte en forma voluntaria, tu equipo tratante no te dio el alta.*
- *¿Y yo ahora cómo hago para volverme?*
- *Elvívora, cada acto tiene su consecuencia.*

Se quedó angustiada y lo prudente fue propiciar el momento para la pausa, la reflexión de la paciente y reforzar el encuadre de su tratamiento, por qué y para qué se encontraba internada. Ella accedió a internarse nuevamente, se le iba a dar otra oportunidad, pero debería hacer las cosas bien, según le dijeron. Para ese entonces ya tenía gestionadas las fechas de entrevistas de admisión para ingresar a la Comunidad Terapéutica (CT) e iba a iniciar los controles clínicos que le solicitaban.

Sorpresa fue cuando Gabriel, su padrastro, se comunicó al día siguiente al enterarse que Elvívora se había retirado del internado. Se había negado al momento de ser convocado para iniciar el abordaje familiar: el tiempo, el dinero, el trabajo y la movilidad fueron los motivos por los cuales no habían podido asistir él ni la madre.

Horas antes de su “retiro contra opinión profesional”, el equipo interviniente de la Unidad de Desarrollo Regional (UDER) se había contactado con la social para solicitar una reunión. Venían acompañando a Elvívora desde hacía unos meses, habían elaborado estrategias previas, gestionaron un acompañante terapéutico que pudo sostener por dos meses. El equipo de la UDER refirió que Elvívora siempre había mostrado una posición permeable hacia las indicaciones del equipo cuando se trataba del bienestar de sus hijxs. El deseo de volver a estar con Leo, Darío e India fue el principal motor para soportar la abstinencia y la angustia.

Diego ya había explicitado que no podía, ni quería, asistir a las entrevistas. Si bien la cuestión económica era un motivo, lo cierto es que él había accedido a ser su referente/familiar en la internación porque ella no tenía contacto con su familia desde hacía tiempo.

A Diego se lo había citado reiteradas veces para iniciar el abordaje familiar. La constante fue su planteo de que iba a organizarse para ir “tal día”. Elvívora se preparaba para recibirlo pero él no llegaba, lo que le generaba ansiedad y angustia. La estrategia del equipo se dirigió al fortalecimiento de la red sociofamiliar con sus hijxs. Si bien existía una medida excepcional vigente, no había

restricción para la comunicación, de tal modo que se habilitaron videollamadas y la UDER se comprometió a gestionar la movilidad de lxs niñxs para visitarla.

## Capítulo 5

### También pasa lo bueno

En la segunda semana de internación Elviora mejoró su estado anímico, adhirió a las normas de la sala, se integró a sus pares, mejoró la relación con enfermería. Identificaba los síntomas de abstinencia y el momento del día en que se agudizaban, solicitaba espacios de escucha.

Así fue que una tarde se concretó la primera videollamada con India y Diego. Ella se preparó, se maquilló y peinó. A través de la pantalla del celular les mostraba dibujos, atrapasueños y regalos que les había hecho durante el internado. Al principio India no se dejó ver, su hermano le insistió y accedió a mostrarse, le expresó que la extrañaba y lloró. Al momento de la despedida, Elviora se mantuvo armada para decirle con la voz entrecortada: *“Mirame cómo estoy. ¿No me ves linda? Estoy acá para estar mejor y volver con ustedes”*.

Al paso de los días preguntaba menos por Diego y la motivaban los encuentros virtuales con sus hijxs. La forma de acompañar de su expareja fue cuidando a sus hijxs, se trabajó mucho sobre la tranquilidad que le generaba saber que lxs niñxs se encontraban “bien cuidados”.

Elviora recibió durante toda su internación una visita de sus hijxs, quienes viajaron acompañados por la hermana de Diego.

- *¿Cómo te imaginas que va a ser el momento de ver a tus hijxs?*

- *Lo estoy esperando hace mucho tiempo, antes de venir acá me vieron muy mal en el otro hospital, el Leo lloraba. Ahora me siento bien y quiero verlxs.*

Fue un reencuentro emotivo, con efectos positivos y favorables para su tratamiento. Estuvieron paseando por “el Mise”, les hizo un city tour por los lugares conocidos para ella, cualquier espacio del hospital era escenario de la calidez de su encuentro.

Durante esa semana Elviora había realizado las entrevistas de admisión y era un hecho su ingreso; sólo se esperaba la confirmación del día. Debió lidiar con la incertidumbre, a diario consultaba por la fecha y transmitía al equipo su preocupación de que le negaran el ingreso. Mientras recibió la visita de sus hijxs, le avisaron que en dos días se iría a la Comunidad Terapéutica.

*“No puedo creer que me pasen cosas buenas”*, dijo mientras recibía la noticia. Luego preguntó: *¿Quién me va a llevar hasta allá?*

## Capítulo 6

### A mí de chica me decían Elviora

Al día siguiente de recibir a sus hijxs y la noticia de su ingreso, Elviora se levantó ansiosa y con deseo de irse de la internación. Se la invitó al consultorio.

Dr. R: *Elvivora, ¿sentís deseos de consumir?*

Elvivora: *Sueño, me despierto por las noches con la idea de consumir, me voy y me baño, pero es muy real y a veces no lo puedo controlar.*

Dr. R: *Bien, es lo esperable. La primera semana el cuerpo es el que pide la droga, después con la medicación se presenta una mejoría, y ahora, la tercera semana es la más difícil, porque te lo pide la mente, y acá arrancamos con la deshabitación del hábito. Yo te felicito por haber llegado hasta esta instancia, te voy a modificar el esquema.*

En los ojos de Elvivora se podía ver la felicidad de escuchar esas palabras, nunca había llegado a esta instancia en una internación por desintoxicación.

Un día antes del ingreso, la abstinencia se hizo sentir en su cuerpo. Se bañó, caminó de lado a lado por el pasillo del internado, intentó ver una película, pintar mandalas, se volvió a bañar, pidió la medicación S.O.S. Había preguntado a la practicante AT del internado dónde quedaba la terminal. En horas de la tarde fue a enfermería a pedir sus pertenencias. La enfermera (la primera a la que le había declarado la guerra) le dijo “*No, Elvivora, no te las voy a dar, estás a un día de irte*”. Finalmente pidió espacio de escucha con la social.

La entrevisté, bajamos a fumar un cigarrillo: “*¿En serio te querés ir?*”, “*No, no me quiero ir, pero me está costando. Me dicen que ‘la comunidad terapéutica’ cambió, a mí me gustó, pero no voy a conocer a nadie*”. Se conversó sobre su proceso en el internado y todo lo que había incorporado como herramientas. Se habilitó una llamada con sus hijxs previo al ingreso, se bañó una vez más y realizó la llamada más tranquila. Al finalizar refirió sentirse mejor.

El día del ingreso Elvivora fue acompañada por las Trabajadoras Sociales. En el viaje contó más detalles de su vida, criada por sus abuelos, llena de recuerdos agradables, expulsada en quinto grado, sabía leer y escribir, tenía deseos de finalizar la primaria, de poner un emprendimiento de venta de pan, porque le gustaba cocinar y, según ella, lo hacía muy bien. Conversaba, hacía chistes, reafirmaba su amor por Diego, expresaba lo agradecida que estaba con todo el equipo. Durante la espera se fumó los cigarrillos que pudo, se le anticipó que esa norma era mucho más rígida en la institución a la que iba.

Antes de su ingreso se dio la siguiente conversación:

- *A vos no te gusta que te llamen por tu primer nombre...*

- *A mí en el primario me hacían bullying, me decían Elvivora, era bicha ya desde chiquita (ríe), era terrible, peleaba con todxs... ¡era tremenda!*

Así sin más, Elvivora ingresó a la Comunidad Terapéutica.

## Capítulo 7

### **“Bienvenida a la frustración del mundo adulto”. El abordaje de lo posible**

Observadora y atenta, se le marcaban los límites y Elvivora se las arreglaba para encontrar un punto donde negociar. Siempre se anticipaba a cada movimiento. Pudo adaptarse a la dinámica del internado y saber cómo usarlo a su favor.

Al día siguiente de su ingreso y traslado se comunicó Diego para avisar que se había “escapado”, dijo: “*Seguramente ella va a venir a mi casa, pero me pidieron de la CT que les avise. Justo yo iba a ir mañana a verla*”.

Mientras íbamos en camino, Elviora había pedido un celular para escribirle, quería que él supiera dónde iba a estar durante tres meses, le daba indicaciones precisas de dónde estaría.

¿Era un final anunciado? En los espacios de escucha se insistió mucho en lo que había conseguido, cuando agradecía ante la proximidad de su alta se devolvía que el equipo solo había acompañado el proceso que ella había ido realizando, mérito de quien había vivenciado en su cuerpo todas las emociones y síntomas de abstinencia.

¿Se le podrían haber brindado a Elviora otras herramientas para que pudiera sostener su tránsito por la CT?

Lo cierto es que para Elviora fue la primera internación que logró sostener hasta su alta, algo nuevo para ella. El objetivo terapéutico no se cumplió en expectativas de intervención social. A continuación se compartirán algunas reflexiones, lecturas e interrogantes que dejó esta experiencia.

### **Discusión. “El abordaje de lo posible”**

En Argentina hay dos leyes que enmarcan el abordaje de los consumos problemáticos:

1. La Ley de Salud Mental N 26657/2010 incluye los consumos problemáticos como parte de las intervenciones en materia de salud mental. El artículo 4 establece que

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.

Se sustenta en la protección y promoción de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental. Algunos principios que la sostienen son: el reconocimiento de la capacidad y autonomía de las personas, el fortalecimiento de los lazos afectivos comunitarios, la corresponsabilidad de todos los integrantes del equipo de salud en las decisiones terapéuticas, la participación de todas las áreas involucradas, y la elaboración de estrategias desde el paradigma de la reducción de riesgos y daños. (SEDRONAR, 2019)

2. En el marco del Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas 2011-2015 se sancionó la Ley N 26934/2014 -Plan Integral de Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan Iacop)-. En el artículo 2 define **consumo problemático** como: “aquellos consumos que- mediando o sin mediar sustancia afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto y/o las relaciones sociales”. Pueden manifestarse como adicciones a sustancia, ya sean legales o ilegales; comprende desde alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas hasta las conductas compulsivas en el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras (SEDRONAR, 2019)

Bajo estos dos marcos normativos se estructura el “Plan Provincial de Prevención y Asistencia de las Adicciones” de la Red Asistencial de las Adicciones de Córdoba, cuyo objetivo es

establecer una asistencia racional y ordenada con los recursos que se disponen (...) en gestión conjunta con los gobiernos locales y otras organizaciones de la comunidad en base al Plan Provincial de Prevención y Asistencia de las Adicciones, para dar respuestas integrales a esta problemática.

Los dispositivos que conforman la Red Asistencial de las Adicciones de Córdoba (RAAC) están pensados en niveles de complejidad que van de menor a mayor con el propósito de acompañar a todas las fases de esta problemática. (Provincia de Córdoba. Dirección de Salud Mental y Adicciones, 2020).

El Servicio de Salud Mental del Misericordia está conformado por profesionales de Enfermería, Psiquiatría, Psicología y Trabajo Social. Brinda atención por guardia 24 horas, tratamiento ambulatorio por consultorio externo e internado en salud mental con 8 camas al día de la fecha. Un alto número de la demanda de atención por guardia lo constituyen personas con problemas de consumo que se encuentran con un cuadro de intoxicación aguda. En la misma línea se interna a usuarios con patologías duales con descompensación de su cuadro de base o episodios de intoxicación aguda que representan un riesgo para sí o para terceros.

El equipo de seguimiento interdisciplinario estuvo conformado por Psiquiatría y Trabajo Social. La incorporación de la disciplina en personas internadas con problema de consumo o dependencia está instituida al interior del funcionamiento del servicio. Trabajo Social realiza el abordaje familiar y elabora las estrategias de externación en lo que respecta a la continuidad del tratamiento.

La modalidad de intervención es tomar entrevistas individuales de manera diaria al inicio, cuando se aconseja el esquema farmacológico para apaciguar los síntomas por síndrome de abstinencia; y luego trabajar en espacios de escucha a demanda de los pacientes y en entrevistas a criterio del equipo en función de abordar la conciencia de la enfermedad y la situación.

Cada sujeto se encuentra inserto en un contexto determinado, y el vínculo que establece con la sustancia es particular; por lo tanto, es necesario tener en cuenta las subjetividades de cada consumidor (Abril, Decca y Mercado, 2018).

En el caso analizado en este trabajo, Elvira es una mujer, madre, joven con problemas de consumo de cocaína y en situación de vulnerabilidad social y económica. Su último episodio de consumo sucedió tras una discusión con su pareja Diego. A través de entrevistas se reconstruyó la historia del curso vital familiar e individual e indagó sobre los recursos materiales y simbólicos. Se podía inferir que la red familiar se encontraba debilitada pero no deteriorada y las fuentes de ingresos provenían de la inserción al mercado laboral informal y de transferencias formales del Estado.

En lo que respecta a la dimensión no material-social, se trataba de una red acotada conformada por Diego, quien habría accedido a ser “referente” porque Elvira no tenía comunicación con su familia de origen. Si bien no había implicancia en el acompañamiento del tratamiento, nunca obstaculizó la comunicación y vínculo de Elvira con sus hijos. En cuanto a la dimensión material-económica, el obstáculo radicaba en la movilidad y en la dificultad para poder costear los pasajes de él y sus hijos.

Ante este panorama, ¿cómo redireccionar la estrategia del trabajo con la familia cuando “no está

la figura de referente”? En palabra de los autores Galante, Goltzman y Pawlowicz (2009), “El trabajo en red se constituye en un eje importante de las estrategias destinadas a la inclusión social”. El abordaje se fue elaborando con “lo posible” de lo que quedaba del mundo de Elviora. “El consumo problemático desorganiza la vida del sujeto al romper lazos” (Navarro; F 2016) y “son muy distintos los costos familiares y sociales que pagan las mujeres por tener una adicción (Maffia, Colace y Lerena, 2011).

No había familia, pero sí instituciones que venían acompañando y trabajando junto a Elviora. Se planteó restablecer la comunicación con sus hijos y acordó en conjunto con la UDER la importancia de que pudiera concretar una visita antes de su ingreso. Durante las entrevistas de seguimiento se trabajó acerca de las mejorías que podía notar. Cuando se articuló para el ingreso a CT se solicitó que el destino para Elviora fuera en una localidad cercana al domicilio de sus hijos.

Al día siguiente de su traslado e ingreso se comunicó Diego para dar aviso que la mujer se había retirado por sus propios medios. De la CT se comunicaron el lunes, esperaban que volviera. Pero no sucedió. El domingo llegó al domicilio de Diego, quien había escrito porque “no sabía a dónde llevarla”; según lo que comentó, el reflejo de la luz le hacía mal a los ojos y no podía dormir. La UDER interviniente lamentó que no funcionara la estrategia y solicitó la elaboración de un informe que pudiera dar cuenta de lo trabajado durante su internación, se aproximaba el cese de la medida excepcional.

No fue el final esperado para Elviora. Se realizaron los informes solicitados por la UDER y redireccionó el tratamiento a su equipo tratante que correspondía por área programática.

**¿Se podría haber hecho algo distinto? Me invita a reflexionar.**

### **A modo de conclusión**

Esta fue una experiencia de intervención que dejó el trayecto adulto en mi paso por el hospital general. A partir de ella surgieron algunas reflexiones y análisis realizados en función de lo trabajado con la protagonista, de intervenciones que tuvieron el efecto esperado y otras que no, de allí el título de “*el abordaje de lo posible*”.

La autora Pawlowicz (2015) afirma que “la forma en que se concibe a las personas con consumo problemático de sustancias es clave para pensar las respuestas que se implementan”. Entonces me pregunto, ¿cuáles son los discursos y las prácticas en un hospital que recibe mayormente demanda de atención por consumo problemático de sustancias?

En la actualidad hay dos modelos de abordaje que coexisten y se tensionan constantemente. El *modelo prohibicionista* es la respuesta sanitaria prevaleciente en nuestro país; tiene como objetivo la abstención de sustancias como condición previa a iniciar tratamiento (Kornblit, Camarotti, Di Leo, 2009); concibe al sujeto sin capacidad de decidir sobre su propio cuerpo y las decisiones y prescripciones quedan en manos de profesionales especializadxs que poseen un saber y poder legitimados socialmente (Abril, Decca y Mercado, 2018).

Por otro lado, la sanción de la ley de Salud Mental “determina un modo de intervención interdisciplinario e intersectorial basado en la promoción y la prevención de la salud” (Abril, V et. Al, 2018). Es en este sentido que el modelo de *reducción de riesgos y daños* hace hincapié en evitar el efecto no deseado del uso de sustancias. Incluye lineamientos desde dos enfoques: el psicosocial que considera el vínculo sujeto-sustancia/objeto y el sociocultural, el contexto como eje del problema (Ministerio de Educación de Neuquen, s/f). El abordaje se constituye en un espacio de

encuentro caracterizado por el compartir conocimientos, reflexiones, estrategias de cuidado y vivencias de momentos (Galante, Goltman, Pawlowicz, 2009).

El hospital es la institución de salud que contiene profesionales, en su mayoría médicos por excelencia. La salud no solo se comprende como la ausencia de enfermedad sino que se la entiende como el bienestar bio-psico-social de las personas. Durante el recorrido del mundo adulto se ha observado un aumento considerable de atenciones por guardia de personas con problemas de consumo en situaciones de intoxicación agudas. El número de internaciones por esta causa y/o por patologías duales también va en aumento.

Las disciplinas encargadas de realizar el abordaje son principalmente Psiquiatría y Trabajo Social, con saberes que tienen el desafío de dialogar y acordar la toma de decisiones terapéuticas para los usuarios. El abordaje es interdisciplinario y la distribución de tareas está bien delimitada. En el caso de Elviva, ambas disciplinas pudieron complementarse.

Llama la atención que ante un servicio en construcción que muestra cierta resistencia y gran desconocimiento acerca de las incumbencias del *trabajo social dentro del campo de la salud mental*, al mismo tiempo se instituye y legitima la incorporación de la disciplina en el abordaje del consumo problemático. Hay un saber y una práctica que ofrece el Trabajo Social, a los cuales se le da lugar y plantean resistencia a los saberes hegemónicos. La articulación y la disposición a garantizar la continuidad del tratamiento como recurso simbólico permite la disputa dentro del campo de la salud mental.

En este caso analizado, Psiquiatría esperó los tiempos que requería el Trabajo Social para realizar las articulaciones y gestiones correspondientes. Para lo social el tiempo lo marcan las instituciones y los puntos de acuerdos que se establecen pueden generar efectos positivos en la subjetividad de las personas, por ejemplo la gestión de la visita de los hijos de Elviva. Así, la disciplina necesitó de la medicación para contrarrestar los síntomas de abstinencia y angustia desbordante, afin de que pudiera surgir el sujeto con el cual poder trabajar.

Intento ubicar *la escucha* dentro del proceso de intervención. En palabras de Carballeda (2012), *la escucha activa* implica un interesarse por otro, estar disponible aceptándolo como es, dando lugar a otras perspectivas o formas de comprensión y explicación. ¿Estaremos escuchando a la misma persona que padece las consecuencias de su problema de consumo? Mientras se indaga a modo de cuestionario una serie de síntomas, hábitos o posibles efectos adversos de la medicación para establecer si el craving es positivo, la escucha del trabajo social propuso poner el foco en la angustia de Elviva, en la ansiedad que aparecía ante la incertidumbre de no saber si vería a sus hijos, en las herramientas que fue descubriendo para sobrellevar la abstinencia y hasta solicitar la medicación cuando fue el resultado incontrolable.

Al enterarme de su retiro voluntario me pregunté si se podría haber hecho algo diferente. Por un momento pensé que el final hubiera sido otro al tener una escucha más acotada y una posición más rígida. Llevé esta inquietud a mi compañero de equipo -“ya me sorprendía todo lo que pudo sostener acá”- y a los espacios disciplinares de supervisión -“bienvenida a la frustración del mundo adulto”.

La frustración también surge en aquellos abordajes que no resultan y que demandan mucho tiempo, cabeza y cuerpo. De las patologías y diagnósticos, el consumo problemático es el más vapuleado y estigmatizado por los equipos a la hora de trabajar, “se hace lo mínimo e indispensable, y si se quiere ir, que se vaya”. Creo que ante las puertas de la exclusión, la indiferencia y la lógica de la sospecha (Espele, 2007), el Trabajo Social debe irrumpir y establecer

la escucha activa, la construcción de ciudadanía y la concepción de lxs usuarixs como sujetos de derechos.

La experiencia relatada me permite reflexionar acerca del sentimiento de frustración que surge a partir de lo inesperado. Aquello que no resultó no debe solapar el deseo de continuar abordando lo posible con todas las herramientas a disposición respetando al sujeto y su historia de vida, con la familia -o sin ella- y con las instituciones.

## Bibliografía

- Abril, V., Decca, E., & Mercado, M. C. (2019). Consumo problemático de drogas, un abordaje desde redes comunitarias. *ConCienciaSocial. Revista digital de Trabajo Social*, 2(4), 135-151. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/issue/view/1860>
- Carballeda, A.J.M. (2016). La escucha como un proceso. Una perspectiva desde la intervención social. *Revista de Políticas Sociales*, (3). [https://www.edumargen.org/docs/2020/curso58/unid02/apunte07\\_02.pdf](https://www.edumargen.org/docs/2020/curso58/unid02/apunte07_02.pdf)
- Dirección de Salud Mental y Adicciones Provincia de Córdoba (2020). *Lineamientos generales de la Red Asistencial de las Adicciones de Córdoba*. [https://ministeriodesalud.cba.gov.ar/wpcontent/uploads/2020/05/1lineamientos\\_raac\\_para\\_web.pdf](https://ministeriodesalud.cba.gov.ar/wpcontent/uploads/2020/05/1lineamientos_raac_para_web.pdf)
- Epele, M. (2007). La lógica de la sospecha: Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud. *Cuadernos de antropología social*, (25), 151-168. [https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1850-275X2007000100008](https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-275X2007000100008)
- Galante, A., Rossi, D., Goltzman, P., & Pawlowicz, M. P. (2009). Programas de Reducción de Daños en el Escenario Actual. Un cambio de perspectiva. *Revista Escenarios.*, (14), 113-121. <https://www.academica.org/maria.pia.pawlowicz/73.pdf>
- Kornblit, A. L., Camarotti, A. C., Di Leo, P. F., & Verardi, J. (2010). Prevención del consumo problemático de drogas. *Módulos teóricos y actividades complementarias de ejercitación y trabajo en el aula*. <https://www.redalyc.org/pdf/1801/180128561016.pdf>
- Ley 26657 (2010). *Ley de Salud Mental*. *Boletín oficial de la República Argentina*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>
- Ley 26934 (2014) *Plan de abordaje de los Consumos Problemáticos*. Boletín oficial de la Republica Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26934-230505/texto>
- Maffia, D., Colace, P., & Lerena, S. (2011). El ocultamiento de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas. *Buenos Aires: Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones, Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. <http://dianamaffia.com.ar/archivos/El-ocultamiento-de-la-mujer-en-el-consumo-de-sustancias-psicoactivas.pdf>
- Ministerio de Educación de Neuquen (s/f). Prevención de las adicciones y consumos problemáticos de sustancias. Una mirada desde la escuela. [https://www.neuquen.edu.ar/wp-content/uploads/2016/08/PUBLICACION\\_ADICCIONES.pdf](https://www.neuquen.edu.ar/wp-content/uploads/2016/08/PUBLICACION_ADICCIONES.pdf)

Navarro, L. F. (2016). *Dársela en la pera. Violencia y Adicciones en la Provincia de Buenos Aires*. Marea Editorial

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2008). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. 10a. revisión. Washington, D.C. : OPS, (1° ed. 1992). <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>

SEDRONAR (2022). Modelo de abordaje integral territorial de los consumos problemáticos. Una experiencia de política pública. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad\\_2019.\\_modelo\\_de\\_abordaje\\_integral\\_territorial\\_de\\_los\\_consumos\\_problematicos\\_una\\_experiencia\\_de\\_politica\\_publica.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2019._modelo_de_abordaje_integral_territorial_de_los_consumos_problematicos_una_experiencia_de_politica_publica.pdf)