

Consumo problemático y su abordaje: recorrido de instituciones de salud mental en Córdoba desde una mirada del Trabajo Social.

Emilse Andrea Bistoni y Julia Rossi Canelli.

Cita:

Emilse Andrea Bistoni y Julia Rossi Canelli (2025). *Consumo problemático y su abordaje: recorrido de instituciones de salud mental en Córdoba desde una mirada del Trabajo Social. Segundo Congreso Latinoamericano de Trabajo Social de la UNVM. Universidad Nacional de Villa María, Villa María.*

Dirección estable:

<https://www.aacademica.org/segundo.congreso.latinoamericano.de.trabajo.social.de.la.unvm/64>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecAo/zb3>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite:
<https://www.aacademica.org>.

Consumo problemático y su abordaje: recorrido de instituciones de salud mental en Córdoba
desde una mirada del Trabajo Social

Julia Rossi. Lic en Trabajo Social

(Julirossicanelli@gmail.com)

Emilse Bistoni. Lic en Trabajo Social

(emibistoni@gmail.com)

Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Año 2025

Resumen

Para pensar al consumo como práctica que atraviesa a la sociedad en la actualidad, es necesario reconocerlo como un proceso propio del capitalismo, en el cual las leyes del mercado regulan la vida cotidiana de las personas. Consumir es el imperativo categórico de la sociedad actual.

Este trabajo se conforma a partir de algunas preguntas y reflexiones respecto al abordaje de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas en el recorrido de dos Trabajadoras Sociales por diversas instituciones de Salud mental en Córdoba capital. (hospital monovalente, hospital general, servicio de atención domiciliaria)

Será imperioso desglosar las percepciones que circulan en el accionar profesional e institucional en relación a los consumidores problemáticos de sustancias psicoactivas, y que se constituyen en posibles dificultades para el abordaje integral de los mismos en los equipos interdisciplinarios.

Consideramos, que algunas de las intervenciones que hoy atraviesan las prácticas de los equipos de salud mental, puestas en el contexto socio económico actual y de las dinámicas institucionales, resultan encapsuladas en un *modo de operar estático y repetitivo*, donde pareciera que la singularidad del sujeto queda reducida. Se tratará entonces interpelar constantemente la práctica y nuestras percepciones de ella, un desafío y pilar de intervención del Trabajo Social.

(Palabras claves: *Consumo, intervención, equipos de salud, Trabajo Social*)

Introducción

Para pensar al consumo como práctica que atraviesa a la sociedad en la actualidad, es necesario reconocerlo como un proceso propio del capitalismo, en el cual las leyes del mercado regulan la vida cotidiana de las personas. Consumir es el imperativo categórico de la sociedad actual; los discursos, las representaciones y los medios de comunicación están orientados por el discurso capitalista, cuyo principal ordenador es el consumo.

Este trabajo se conforma a partir de algunas preguntas y reflexiones que surgen desde el rol del trabajo social en el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, durante el tránsito por diversos espacios relacionados a la temática: instituciones monovalentes (pública y privada), el hospital general, y el programa Pre Hospitalario de salud mental, situadas todas en la ciudad de Córdoba.

A partir del reconocimiento de la práctica del Trabajo Social al interior de los equipos de salud, se intentará desglosar las percepciones que circulan en el accionar profesional e institucional en relación a los consumidores problemáticos de sustancias psicoactivas, que pueden constituirse en posibles dificultades para el abordaje integral de los mismos.

Algunas de las intervenciones que hoy atraviesan las prácticas de los equipos de salud mental, puestas en el contexto socioeconómico actual y en las dinámicas institucionales, resultan encapsuladas en un modo de operar estático y repetitivo, donde pareciera que la singularidad del sujeto queda reducida. Los puntos sobre los cuales reflexionaremos a lo largo del trabajo son los siguientes:

- Una marcada generalización de la representación del usuario consumidor como una persona con “rasgos psicopáticos”: frente a esta mirada, la intervención se va tiñendo de prácticas estigmatizantes, adoctrinadoras, que toman como referencia una lógica criminalista.
- Disminución de los espacios de atención comunitaria en la provincia de Córdoba: el cierre de los equipos de atención comunitaria en la provincia de Córdoba, junto a los escasos equipos de salud mental en dispensarios de diferentes barrios de la ciudad, obstaculizan la articulación usuarios - comunidad - efectores de salud, como así también condicionan la accesibilidad.

- Una regresión a paradigmas médicos hegemónicos en los que el encierro, el destierro de la comunidad y la abstinencia suelen ser el enfoque principal: una de las estrategias más recurrentes es la derivación a comunidades terapéuticas que abordan específicamente la situación de consumo, basándose en “la deshabitación del consumo”, con el objetivo de lograr la abstinencia, desde una perspectiva de “tolerancia cero”.

Lo anterior trae consigo estrategias que suelen frustrar al equipo, y se materializa en la representación de “no hay paciente” o “no hay demanda terapéutica” y a su vez, en la llamada “puerta giratoria del hospital” que resulta de observar que las personas internadas se van de la institución sin autorización y regresan en búsqueda de tratamiento a los pocos días por sus propios medios, o por alguna situación judicial que los implica.

Hacia el final del trabajo, se propondrán algunas posibles alternativas que apuestan a una intervención basada en modelos de abordajes integrales, reconociendo los derechos humanos, y teniendo en cuenta lo propuesto en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, en relación al abordaje de las adicciones.

Representaciones y percepciones en relación a los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas y a los consumidores.

Las concepciones sobre las sustancias, los consumos y los consumidores, se ha ido modificando y construyendo a lo largo del tiempo. Las sustancias psicoactivas han tenido un rol importante en el desarrollo de las sociedades en todo el mundo, al mismo tiempo que su consumo, no se constituyó como un problema durante la mayor parte de la historia humana.

Es posible diferenciar que en la modernidad la práctica de consumo de sustancias psicoactivas deja de tener relación con lo tradicional y lo divino, con prácticas y rituales colectivos con regulaciones colectivas, pasando a ser una práctica privada, referida al consumo de un producto con diferentes fines de motivaciones y funcionalidad.

La construcción social del consumo como problema se inicia en la segunda mitad del siglo XIX en donde la práctica pasa a ser objeto de control social y aparece preocupación en los Estados por la definición de políticas tendientes a dar respuestas al problema.

En una primera etapa, estas respuestas fueron signadas por el modelo penal, ligado al paradigma prohibicionista, donde se categoriza al consumo de drogas como un delito y concibe a los usuarios como delincuentes que transgreden la ley; las consecuencias son la criminalización del consumo y del consumidor. Los actores e instituciones sociales legitimados para intervenir son los policías, los jueces, las cárceles y las agencias de control de drogas.

Luego, con el modelo médico sanitario la concepción del uso de drogas cambia para pasar a entenderse al consumidor como una persona enferma que precisa tratamiento.

a. Respecto a la marcada generalización de la representación del usuariu consumidor como una persona con “rasgos psicopáticos”.

El “fenómeno de drogas” fue constituyéndose a lo largo de la historia sobre la base de una multiplicidad de discursos ideológicos, políticos, médicos, jurídicos y morales, que en la actualidad convergen en la figura del “adicto” asociado a lo “marginal”, la “desviación”, la ilegalidad, la violencia y la delincuencia.

Es así que en el interior de los equipos de salud conviven cotidianamente en la práctica diversas percepciones y representaciones sobre este usuariu consumidor, que impactarán directamente en el abordaje y en el armado de las estrategias de intervención.

El llamado “*no paciente*” que llega a las instituciones de salud arriba al hospital con alguna orden judicial, penal, civil o arrastrados por familias cansadas que le brindan una “*última oportunidad*” al sujeto. Casi de manera automática los equipos hablarán de la nula demanda terapéutica de la persona, de los numerosos ingresos a la institución sin resultados positivos (cabe preguntarse aquí cuáles son los resultados esperables por parte del equipo ¿dejar de consumir y sostener esto en el tiempo?, ¿la adherencia al tratamiento ambulatorio?, ¿que el sujeto trabaje?, etc.), y sentencian: “*no hay mucho que hacer acá*”, “*ya se va a fugar*” (“fugar”: ese el término carcelario que aún persiste en el lenguaje que circula en instituciones dedicadas a la salud), o “*viene acá para zafar de alguna*”.

Frente a estas concepciones se espera la evolución del sujeto, se medicaliza, se desintoxica, se continúa esperando. En el mientras tanto, se responden informes a la justicia dando aviso de la evolución del mismo, y se dejan todas las estrategias sentadas en las historias clínicas, tareas lineales de “lo que se debe hacer”.

Al respecto, interrogadas por un mecanismo más recurrente que lo que se podría esperar, nos preguntamos: ¿quién es el “si paciente”? ¿Cómo se espera que “sea” el sujeto que llega a una guardia de un hospital de salud mental, o al contacto con un equipo de salud mental, buscando asistencia?

Roland Lethier, psicoanalista francés, nos permite volver a pensar en la historicidad y en la singularidad de cada sujeto y de cada vida, a veces arrasada, entendiendo que los “jóvenes habitados por la ruptura” llegan tras haber sido expuestos a retazos de relaciones, en su gran mayoría efímeras, las cuales nunca llegaron a imprimir verdaderamente una huella.

Entonces sucede, que quienes estamos del otro lado del escritorio, en vez de encontrarnos con usuarixs que llegan a la institución de salud con una demanda desde la cual “lo terapéutico” se pueda iniciar, muchas veces, solo nos encontramos con la ruptura. El usuarix llega atravesado por la fragmentación del lazo social, por infancias desprotegidas y sin un suelo posible desde donde concebir un tratamiento acorde. La apuesta, quizás, sea a pensar que este encuentro con la salud pueda dar lugar a otra cosa, a un suelo, a un puente, a un lugar desde el cual se pueda restituir algo del lazo. En palabras de Lethier, se torna necesario “respetar la ruptura” para poder pensar de qué manera acompañar a habitar lo que se suele volver inhabitable

Otro aporte interesante desde la disciplina del Trabajo Social para entender ese usuario que llega, es el de Carballada cuando menciona al “sujeto inesperado”, como aquel constituido en el padecimiento de no pertenencia a un todo social, que irrumpe en las instituciones, y *“donde el sujeto que emerge no es el esperado por los viejos mandatos institucionales”*. Ese otro, dirá Carballada, muchas veces recibe la mirada interpelante de la institución que lo ubica en el lugar de objeto no anhelado.

Ahora bien, actualmente pensando en la creciente demanda de los últimos años de usuarios atravesados por el consumo, hoy podríamos hablar de un sujetx “esperado” por las instituciones. En la naturalización de la práctica, en la institucionalización de la intervención, emerge un sujetx que tiene las mismas características de aquel “inesperado” que Carballada postula y que hoy es el esperado, el que será, psicópata, el choro, el que no quiere hacer tratamiento. Se suele esperar ese perfil de usuarix cuando hablamos de consumo, y con esta mirada entonces no quedará otra que aguardar el fracaso terapéutico.

En relación a la disminución de espacios de atención comunitaria en la provincia de Córdoba

Los últimos dos años se vieron marcados en Córdoba por el cierre de muchos de los equipos de atención comunitaria que funcionaban en diversos barrios de la ciudad.

Sus trabajadores son trasladados y los habitantes de esos barrios se quedan sin la posibilidad de acceder al centro de salud más cercano a su domicilio. Esto se constituye en un obstáculo a la hora de pensar y construir estrategias de intervención ancladas en el espacio territorial. El barrio se piensa también como un territorio en donde poder conformar y constituir espacios de participación comunitaria.

Por su parte en este último período es la Municipalidad de Córdoba quien realiza una apuesta al desarrollo de dispositivos territoriales que den respuesta a la demanda de los consumos problemáticos a través de la Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, mientras que la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Provincia, concentra su trabajo en dispositivos de atención a la demanda espontánea al interior de los Hospitales Generales.

Los usuarios que asisten a las instituciones en crisis en la etapa “aguda”, en general vienen atravesados por un circuito que incluye lo penal, jurídico, internaciones, situación de calle y, en el mejor de los casos, la posibilidad de volver al territorio.

En este punto tomamos los aportes de Edith Benedetti, quien situada en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, postula que el cambio normativo y las transformaciones en la subjetividad contemporánea nos obligan a revisar y repensar los modelos de intervención clínica en salud mental en general, y relacionados con el consumo problemático en particular. Benedetti refiere: *“El diseño y la implementación de las intervenciones clínicas, hoy más que nunca, nos exige una lectura interdisciplinaria de los sujetos y de su padecimiento que además no puede excluir las dimensiones históricas y sociales. En definitiva, es necesario pensar la singularidad del sujeto en clave de época y situación”*(2015)

Sostenemos que la apuesta será a no perder la mirada clínica y social de cada situación particular, aún cuando lo penal atraviese de forma recurrente, y armar estrategias de intervención que no pierdan de vista que existe un padecimiento en el consumo problemático y es allí donde se encuentra el eje para pensar nuestra práctica.

Respecto a la regresión a paradigmas médicos hegemónicos en los que el encierro, el destierro de la comunidad y la abstinencia suelen ser el enfoque principal.

En el contexto de cierre y desregulación de los equipos de atención comunitarios que permiten una escucha diferente y un abordaje previo a la internación, en donde el foco no está puesto estrictamente en el consumo como un problema, se proponen como respuesta las internaciones en instituciones monovalentes a los fines de lograr la “deshabitación” para luego continuar tratamiento, en muchos casos, en dispositivos afines a la problemática como lo son las comunidades terapéuticas.

Consideramos que lo que opera en estos casos es una visión/concepción de la problemática desde el modelo médico sanitario, donde se concibe al uso de drogas como una conducta desviada y al usuario como un enfermo que necesita tratamiento (Touzé, 2010). El objetivo es la cura de la enfermedad, lo cual supone la institucionalización en dispositivos médicos, como los hospitales psiquiátricos y las comunidades terapéuticas. En relación a este paradigma, se encuentra el modelo de abordaje abstencionista, que consideramos que es hasta hoy el que prevalece en nuestro país.

El modelo abstencionista tiene que ver con aquellos tratamientos en los que se establece como objetivo la abstinencia total de sustancias como condición previa del mismo. El eje de estos tratamientos está puesto en la eliminación de la sustancia ya que se la considera la causante de los problemas del sujeto; se trabaja pautando objetivos con la persona y con algún referente, exigiendo el cumplimiento de los mismos.

Las decisiones y prescripciones quedan a cargo de los profesionales especializados que poseen un saber y poder legitimado socialmente. Podríamos considerar que este modelo de atención encuentra fundamentos en el modelo médico arriba descrito.

Cabe aclarar que esta reflexión no busca interpelar el funcionamiento y modo de trabajar de las comunidades terapéuticas, ya que a decir verdad, desconocemos el trabajo cotidiano que las mismas realizan. Lo que nos parece pertinente advertir es que cuando habitamos como trabajadores de la salud en espacios hospitalarios, de internación y en la urgencia, tenemos la posibilidad y la responsabilidad de intervenir desde una práctica que no necesariamente responda a un mecanismo lineal y repetitivo. En la urgencia, en lo agudo, en la internación también se pueden recuperar historias vitales y armar estrategias de intervención que no supongan un solo destino.

Desafíos y propuestas para un abordaje integral.

En cuanto a los modelos de abordajes de los consumos existen dos que han guiado históricamente las intervenciones: el modelo abstencionista y el modelo de gestión de riesgos y daños. Estos modelos de atención, que se combinan y no se implementan de manera “pura”, van configurando las diferentes respuestas socio sanitarias que llevan adelante los equipos de salud.

En relación a lo que se viene desarrollando en el trabajo, consideramos importante retomar el modelo de gestión de riesgos y daños que surge aproximadamente en la década de los 80 e introduce herramientas y alternativas para pensar al sujeto y la problemática del consumo, centrándose en los daños individuales y sociales que el consumo trae aparejado. Según Romání (2008) este modelo se basa en un conjunto de estrategias tanto individuales como colectivas, que se desarrollan en el ámbito social, sanitario y terapéutico, encaminados a minimizar los efectos negativos relacionados con el consumo de sustancias a nivel individual, familiar y socio comunitario, siendo desarrollado en la co-gestión con los distintos actores. Este modelo reconoce que cada sujeto se encuentra inserto en un contexto determinado y que el vínculo que establece con la sustancia es particular, por lo que no existen respuestas uniformes. Se trabaja sobre acuerdos y estrategias co-construidas y periódicamente revisadas con los diferentes actores de la situación problemática.

Apostar a este modelo permitiría, siguiendo a Goltzman (2013), construir espacios confiables, es decir, espacios que no resulten amenazantes ni estigmatizantes, en donde se pueda abordar el consumo como una problemática multidimensional, donde aparezcan otros factores que nos faciliten otras escuchas y lecturas, para instrumentar estrategias de intervención que den lugar a puntos de anclaje y de apoyo para la transformación subjetiva, es decir pensar la complejidad en la construcción de dispositivos diversos de escucha y atención centrados en el sujeto, no en la sustancia.

El posicionamiento y la práctica desde este paradigma, implica recuperar la dimensión política que atraviesa a los consumos: reconocer los derechos de los sujetos que consumen, lo que ellos desean, quieren y pueden hacer en relación a su consumo, la superación del paradigma tutelar y la politización de los procesos de medicalización y judicialización, facilitando también la accesibilidad de aquellos usuarios que por diversos motivos no llegan a consultar a las instituciones de salud.

Nos parece clave realizar una aclaración en este momento sobre la dimensión socio-terapéutica del trabajo social en el abordaje de los consumos problemáticos, entendiendo la misma no como aquella que implica modificar estructuras psicológicas, sino que promueve o intenta conjuntamente con el sujeto/a, producir un cambio, un movimiento, un nuevo posicionamiento, a través de la lectura y deconstrucción de las variables del orden de lo social que configuran el padecimiento de las personas usuarias de drogas.

En este sentido, según la Lic. Rojas Madrigal, *“Se entiende por dimensión terapéutica del Trabajo Social, los procesos de investigación-intervención realizados por un o una profesional, que pretenden lograr el cambio subjetivo, relacional y comunicativo de las y los sujetos, con el fin de que translaboren, resignifiquen y superen el sufrimiento subjetivo, o bien, que rompan con la repetitividad de su historia personal, familiar o comunitaria, cuando ésta se presenta como un obstáculo para su bienestar y el de su entorno.”* (Rojas Madrigal, 2011, pág. 19).

Nos resulta interesante pensar en la construcción de dispositivos singulares y dinámicos, que sean capaces de dar respuestas (no definitivas) a problemas sociales complejos, entendiendo que una intervención esencial es la escucha que se realiza, para lo cual es necesario suspender los pre-juicios, no suponer lo que el otro pueda llegar a decir o a pensar. Franco Ingrassia refiere una *“clínica en equipo, un discurrir entre varias prácticas, varias intervenciones, varias narrativas sobre lo no sabido....prácticas singulares para problemas singulares”* (2024).

Muchas veces las intervenciones desde el trabajo social no se dirigen (únicamente) hacia los sujetos que asisten a la consulta o a la guardia, sino que intentan interpelar los discursos que circulan en las instituciones y que se sustentan en el modelo médico sanitario. Como varios autores mencionan, se habla de “prácticas manicomiales” que se dan fuera de las instituciones monovalentes, y es allí donde creemos importante el *“desarrollo de capacidades de pensamiento singularizado que utilicen la pluralidad de saberes como recursos”* (Ingrassia, 2025).

Para finalizar, consideramos importante pensar en los siguientes puntos, los cuales consideramos fundamentales para aproximarnos a abordajes integrales:

- La consideración del sujetx en todas sus dimensiones. Concebirlo en su existencia concreta, en sus múltiples determinantes biológicas, sociales, históricas, subjetivas e inconscientes.

- Perspectiva de la integralidad. Los abordajes integrales buscan superar el mecanicismo, la unilateralidad y la fragmentación de saberes y prácticas.

- Perspectiva de la complejidad. Las situaciones se nos presentan en su complejidad, lo cual implica considerar que la realidad de un usuario es inabarcable por las fronteras de un tratamiento.

- Orientación por lo singular (uno a uno). Alojar lo más propio del sujeto. Sujeto como partícipe y agente de su tratamiento.

- Interdisciplina o trabajo “entre varios”. Consiste en la construcción conjunta de estrategias de abordaje basadas en un hacer comunicativo y de responsabilidades compartidas. Decimos “entre varios” en tanto es necesario el trabajo en conjunto, aunque no necesariamente todas las personas implicadas en una estrategia de abordaje estamos atravesadas por saberes disciplinares. La interdisciplina se basa en el diálogo y el interjuego de los diferentes saberes, sin el abandono de las especificidades de cada campo.

- Intersectorialidad y redes. Un abordaje socio-comunitario otorga importancia al trabajo en redes y a las articulaciones interinstitucionales.

- Enfoque de Derechos Humanos. Es necesario superar el modelo represivo, punitivo, disciplinario y sancionador que ha caracterizado a los abordajes de los consumos, arrasando con la dignidad humana y los derechos de las personas usuarias de sustancias. Esto implica, entre otras cosas, la deconstrucción de estereotipos que criminalizan y estigmatizan, la consideración de los usuarios como sujetos de derecho, un abordaje en salud, respetuoso de los derechos de las personas.

Pensar nuestras intervenciones en el campo de la salud guiadas por una responsabilidad ética y cuidadosa de lo social, en palabras de Fernando Parolo, una clínica social del sujeto que supone la devolución del vínculo posibilitante, la restauración de sus derechos ciudadanos y la recuperación del afecto solidario.

Creemos que aún en épocas nacionales de ajuste y desmantelamiento, la clínica, la responsabilidad ética y el trabajo en equipo seguirán siendo los pilares para construir un abordaje de la salud con la apuesta en restaurar algo del lazo social fragmentado.

Bibliografía consultada

Arrieta, E; Tagliazucchi, E; Gurvich, D. (2017). Un Libro Sobre Drogas. pp. 65-77. El Gato y La Caja. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Argentina.

Benedetti, E. (2017). Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático. Obtenido de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/03/hacia_un_pensamiento_web.pdf

Carballeda Juan Manuel (2017) . La irrupción de un sujeto inesperado en las instituciones.. En vives del Fénix..N.82.

Goltzman, P. (2013). Prácticas de trabajo en drogas. De la acción a la reflexión... y vuelta. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

Ingrassia Franco (2024). Escritos Clínicos. Psicoanálisis, interdisciplina, salud mental. Rosario, Mal de Archivo Emisiones.

Lethier, R. (S/A) Revista de psicoanálisis. “Me cayó el veinte”. Ecolecanienne de psychanalyse. N. 11

Parolo Fernando R. (2005). Hacía una clínica preventiva de la vulnerabilidad social. Trabajo del Iv congreso de salud mental y derechos humanos. Asociación de Madres de Plaza de Mayo.

Rojas Madrigal, C. (2011). "La dimensión terapéutica del Trabajo Social y la protección de los Derechos Humanos.". Revista Costarricense de Trabajo Social, 19-23.

Romaní, O. (1999). Las drogas, sueños y razones. Barcelona: Ariel.

Romaní, O.(2008). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. Revista Salud Colectiva. Vol.4 N°3 pp.301-318. Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires

Touzé, G. (2010). Prevención del consumo problemático de drogas. Un enfoque educativo. Buenos Aires: Ministerio de Educación. Troquel.