

Babel

Ivana Buttazzoni¹, María Inés Conci², Martín Quarleri³,
María Cristina Rodríguez⁴, Claudia Tisera⁵

1. Licenciada en Psicología (UBA).
2. Licenciada en Trabajo Social (UMSA).
3. Licenciado en Psicología (UBA).
4. Licenciada en Psicología (UNM).
5. Licenciada en Trabajo Social (UNSA).

Autor correspondiente: Ivana Buttazzoni, ivana.buttazzoni@gmail.com

Resumen

Este trabajo intenta exponer las dificultades que se crean a partir del abordaje del consumo problemático de sustancias concibiendo al mismo como un emergente de la sociedad de consumo. La ley Nacional de Salud Mental 26.657, plantea la atención interdisciplinaria, intersectorial e integral de las patologías mentales, incluyendo en su artículo 4° las adicciones. Este planteo da lugar al encuentro/desencuentro de diferentes marcos teóricos con sus determinadas implicancias. Poner en práctica dicha ley involucra el entrecruzamiento de discursos de diferentes disciplinas y actores sociales, generando en varias ocasiones obstáculos. Metafóricamente una Babel epistémica, un conjunto heterogéneo de teorías que complejiza su implementación. Los ejes para hacer visible lo expuesto serán las representaciones, los prejuicios, la accesibilidad a la salud y los diversos criterios entre distintos paradigmas vigentes.

Palabras clave: Consumo problemático - Abordajes terapéuticos - Ley Nacional de Salud Mental - Interdisciplina - Acceso a la salud.

BABEL

Abstract

This work tries to expose the difficulties that are created from the approach of the problematic consumption of substances conceiving the same as an emergent of the society of consumption. The National Law of Mental Health 26.657, raises the interdisciplinary, intersectoral and integral attention of mental pathologies, including in its article 4 addictions. This approach gives rise to the encounter / disagreement of different theoretical frameworks with their specific implications. Implementing this law involves the intersection of speeches from different disciplines and social actors, generating obstacles on several occasions. Metaphorically an epistemic Babel, a heterogeneous set of theories that complicates its implementation. The axes to make the exposed visible will be the representations, the prejudices, the accessibility to the health and the diverse criteria between different current paradigms.

Key words: Problematic consumption - Therapeutic approaches - National Law of Mental Health - Interdisciplinary - Access to health.

Introducción

*“...el nombre de dicha ciudad fue Babel porque Dios confundió allí el lenguaje de toda la tierra”.
Génesis 11, 1-9.*

Desde los años '70 la proliferación del consumo de bienes y servicios ha ido incrementándose de manera significativa en el mundo capitalista. El consumo de sustancias antes restringido a determinados sectores, u orientado a la conexión con las deidades o con fines medicinales, se ha transformado en un fin en sí mismo.

En las prácticas cotidianas relativas a este fenómeno es sumamente dificultoso encontrar conceptos que signifiquen lo mismo para un psicólogo, un trabajador social, un psiquiatra etc. Es posible encontrar divergencias incluso dentro de las mismas disciplinas. Esto conlleva un ruido comunicacional en la praxis conjunta. Aplicar la Ley de Salud Mental 26.657 (1) es un desafío a las concepciones y paradigmas previos instaurados en la sociedad. Esto significa dar respuestas no solamente desde el campo de la Salud Mental sino, también, desde la sociedad y las instituciones que la componen. Se trata entonces de pensar a todos los agentes institucionales frente a la problemática de consumo tomando al sujeto no como un delincuente o enfermo sino como el resultado de la sociedad hiperconsumista. Desde la propia práctica profesional surge la pregunta de cómo entamar las distintas miradas articulando a los sujetos, los profesionales y sus discursos y/o prejuicios en los diversos servicios de salud y los demás sectores institucionales (estamentos de gobierno, agencias públicas y privadas). El hecho mismo de que los agentes de salud sean parte de la sociedad, no sólo como ciudadanos sino como consumidores, instaura la pregunta de cómo afecta dicha situación al discurso, a la ética y a las prácticas profesionales.

Los objetivos principales que se propone abordar este trabajo son:

- Identificar problemáticas de la práctica profesional en base al marco legal de la ley de salud mental.
- Desarrollar los conceptos de accesibilidad, estigma social e interdisciplina en relación a los actores de salud intervinientes.
- Ampliar la mirada hacia el sujeto con problemática de consumo en relación a la implementación de la Ley de Salud Mental 26.657.

1. ¿Una nueva mirada del Sujeto?

Dentro del marco reglamentario de la Ley 26.657 (1), promulgada en diciembre de 2010, que encuadra las prácticas profesionales en Salud Mental, específicamente en los artículos 4¹, 9² y 36³, se observa que en la actualidad, y a pesar de que la citada ley data de varios años, no existe su implementación en las prácticas profesionales de políticas locales.

Dicha ley propone que las prácticas en el campo de la Salud Mental no deben pertenecer solamente a la órbita del área de la salud, sino que requieren de la intervención de otros estamentos políticos, que tienen responsabilidades específicas: el Ministerio de Desarrollo, el Ministerio de Trabajo, el Ministerio del Interior, el Ministerio de Planificación, la autoridad de aplicación, las áreas responsables de políticas de inclusión social, de inclusión laboral, de prevención, de adaptaciones edilicias y de identificación de personas. En virtud de estas especificaciones, el cuerpo del Decreto Reglamentario de dicha ley establece la creación de un Consejo en el ámbito de la Jefatura de Gabinete de la Presidencia de la Nación, que debería estar integrado por los Ministerios que menciona el artículo 36 (Salud, Educación, Desarrollo Social y Secretaría de Trabajo). El citado Consejo tendría como objetivo primordial coordinar planes de inclusión sociolaboral y de políticas intersectoriales, ampliando de esta manera la cantidad de actores intervinientes en la implementación de las políticas y dándole una mirada inclusiva con un mayor involucramiento y participación de toda la comunidad.

Sin embargo, a pesar de la existencia de la reglamentación y de las especificaciones de los artículos 4 y 9, se observa que no pocas de las prácticas profesionales actuales se basan en el antiguo paradigma de reclusión en institutos especializados para el tratamiento de sujetos adictos. Éstas prácticas, que responden a dar respuestas, casi exclusivamente desde el área de la salud, excluyen la posibilidad de tratamientos ambulatorios, dando cuenta, principalmente en las ciudades del interior del país, de la falta de capacitación profesional en la problemática de consumos. Predominan los discursos donde todavía se continúa hablando de personas adictas que solo pueden ser recuperadas a través de dispositivos asilares o utilizando la prescripción de medicamentos en forma automática (2), muchas veces sin siquiera buscar un referente en el seno familiar, o en la familia ampliada, que pueda hacerse cargo del acompañamiento en el proceso terapéutico.

¹ ARTÍCULO 4º.- Las adiciones 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.

² ARTÍCULO 9º.- El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

³ ARTÍCULO 36.- La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

Un gran porcentaje de los gobiernos locales desconocen la existencia del enfoque propuesto por la ley, estigmatizando al usuario de sustancias y limitando su atención al ámbito de la atención en salud. Aparece así como remota, la posibilidad de contar con espacios de capacitación, debate, acuerdos básicos entre sectores; como también, el involucramiento y coordinación con las diferentes áreas tendiendo a la utilización de recursos locales, que permitiría llevar a la práctica pautas concretas de trabajo que incluyan políticas de promoción y prevención en salud mental y dispositivos alternativos de tratamientos ambulatorios integrales, interdisciplinarios e intersectoriales para dar respuesta a un problema cuyo núcleo central es cultural y social.

2. Babel interdisciplinario

¿Qué estatuto tiene el Consumo Problemático de sustancias para las disciplinas que lo abordan? ¿Es una enfermedad? ¿Es el síntoma de una enfermedad subyacente? Si es una enfermedad, ¿es lo mismo para un/a médico/a clínico/a que para un/a médico/a psiquiatra? ¿Para un psicólogo/a con orientación psicoanalítica que para uno/a con orientación sistémica o conductual? ¿Es lo mismo que para un/a trabajador/a social? Los mismos interrogantes podrían plantearse si se lo considera un síntoma.

Las posibles respuestas son diversas y dependen de quien las enuncie, pero se torna necesario conocerlas ya que la ponderación que se haga, la categorización en la que se incluya al consumo problemático de sustancias, determinará su abordaje y condicionará su terapéutica.

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (1) establece en su artículo 3º que “se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos”, y, en su artículo 4º, que “las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental” y agrega en sus artículos 8º y 9º (*vide supra*) que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario e intersectorial.

El marco legal que la ley propone realza las preguntas planteadas al determinar el encuentro de diferentes disciplinas y por lo tanto de diversos marcos teóricos, diferentes representaciones acerca del sujeto que padece y distintas definiciones acerca de qué es una enfermedad, un síntoma y cómo abordarlo.

Alicia Stolkiner afirma que la interdisciplina “... nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos” (3).

Los consumos problemáticos desafían y cuestionan el abordaje unidisciplinario en tanto esta perspectiva, tiene como condición simplificar sus múltiples dimensiones causales eligiendo o resaltando alguno de sus

aspectos pero necesariamente descartando otros. La problemática del consumo “agujerea” los saberes de las disciplinas que lo abordan al evidenciarlos y develarlos insuficientes. Estas insuficiencias se traducen en impotencia, manifestada en prejuicios, temores y expulsiones (obstáculos de los servicios de salud) de los/as pacientes por parte de los/las profesionales que abordan la problemática.

El discurso médico hegemónico que monopoliza el abordaje de los padecimientos humanos se sostiene en una concepción de ciencia racional positivista que pretende un inequívoco contacto con “lo real” cuando aborda su objeto. El padecimiento se reduce a lo biológico y adquiere el estatuto de enfermedad, quedando minimizado e incluso descartado todo aquello que exceda este marco.

Considerar la subjetividad (sujeto del inconsciente, sujeto de una clase social, sujeto del género, etc.) de un/a paciente con consumo problemático es un plus escasamente tolerado que viene a sobrecargar el tratamiento desde una perspectiva médica. Se escotomiza la mirada para hacerlo entrar en los esquemas epistémicos, contradiciendo la propuesta de la interdisciplina.

El desafío interdisciplinario requiere dejar de forzar la problemática para que cuadre en los marcos conceptuales y metodológicos de las disciplinas convocadas para su abordaje y reconocer la complejidad dada por el entrecruzamiento de las variables que intervienen en su causación. Se trataría de “formas parciales de prefiguración de un movimiento que va de la Ciencia poseedora de un objeto y un método, a los campos conceptuales articulados en prácticas sociales alrededor de situaciones problemáticas” (3).

La condición para que el trabajo interdisciplinario tenga sentido es la visibilización por parte de las diferentes disciplinas de los límites de sus marcos teóricos, cuyos constructos tienen en sus orígenes determinadas condiciones (culturales, históricas, económicas, etc.) para su producción, que la adhesión a ellos es pasional y que, por sobre todo, no se bastan a sí mismos.

3. Accesibilidad

Como se adelantó, uno de los objetivos del presente trabajo es analizar y problematizar la posición de los profesionales que integran los servicios de salud mental y cómo este posicionamiento podría producir obstáculos en el vínculo terapéutico con los sujetos que necesitan acceder al sistema de salud especializado en adicciones.

Desde los lineamientos de la Ley de Salud Mental, donde se asegura el derecho a la salud mental a todas las personas y el pleno goce de los Derechos Humanos (art. 1) incluyendo las adicciones (art. 4 y 9), se observa la manera en que se van presentando diversos obstáculos que imposibilitan el acceso de los sujetos al sistema de salud.

Estos obstáculos son variados, desde la barrera geográfica que a veces se presenta, por ejemplo, en casos donde una autopista no permite llegar al lugar para ac-

ceder al sistema de salud, hasta cuestiones culturales, legales, administrativas y/o económicas.

¿Pero qué es la accesibilidad? Comes y colaboradores, definen accesibilidad como “una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse” (4). No es sólo un problema de la oferta de salud sino además de los sujetos/usuarios como constructores de accesibilidad. Se refiere a las condiciones y los discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos, es decir a la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios.

En relación a la problemática de consumo de sustancias, es imprescindible analizar las representaciones de los profesionales de la salud partiendo de los prejuicios estigmatizantes acerca del consumo de sustancias que luego se reproduce en los discursos y condiciones de los servicios de salud lo cual podría generar barreras de accesibilidad, es decir aquellas que pueden operar como obstáculos o facilitadores de accesibilidad. Esto se relaciona con el vínculo que se crea entre el profesional de la salud y el sujeto/paciente en relación a las propias representaciones que cada uno de los actores conlleva.

En el caso de los profesionales de la salud estas representaciones pueden estar ligadas a prejuicios, miedos propios, estigmatizaciones que podrían interferir en la posibilidad de establecer un vínculo terapéutico. Además la imposibilidad de trabajo en equipo con otros colegas, en los servicios o intersectorialmente, opera como otro impedimento; es particularmente el caso de los profesionales de la salud mental que trabajan solos en consultorios privados o en dispositivos públicos aislados geográficamente.

La mirada está focalizada entonces en la dificultad de acceso al sistema de salud que se vincula a la práctica profesional en salud mental. Estos problemas abarcan desde las representaciones de los profesionales de la salud mental hasta los dispositivos en los que trabajan, es decir cómo se articulan los servicios en los que se desempeñan con otros servicios de salud.

4. Discursos, prejuicios y estigmatización

La figura del sujeto con Problemáticas de Consumo ha ido variando en el tiempo en sintonía con los diferentes paradigmas reinantes. Es así como el mismo fue considerado un enfermo, un delincuente, alguien peligroso para sí mismo y/o para terceros, un adicto, entre otras definiciones.

Observando este fenómeno bajo el enfoque de la actual Ley de Salud Mental, cabe señalar que en cada caso debe ser considerado todo el campo problemático en el que está incluida la persona padeciente. Esta óptica abre la posibilidad de pensar la cuestión de manera más abarcativa en relación a las problemáticas del consumo. Aparecen así, dentro del abanico de posibilidades el atravesamiento y entrecruzamiento de los discursos médico, psicológico, jurídico, social, antropológico, político etc. La convergencia de estos discursos habilita,

por un lado, a pensar de manera intersectorial con el fin de dar respuestas asertivas y superadoras a la mirada individual. Pero, por otro lado, la convergencia de múltiples discursos termina provocando divergencias a la hora de poner en marcha acciones concretas. Esta *Babel* conceptual genera inconvenientes en principio en la Accesibilidad (5) y, en un nivel más profundo, interpela acerca de los posibles prejuicios que cada actor y/o profesional maneja en su fuero interno problematizando así la práctica cotidiana. Se va conformando en esta red una serie de dificultades, de las que no sólo da cuenta el sujeto padeciente respecto a la multiplicidad de malestares acarreada por el consumo, sino además de las que cada profesional involucrado deberá dar cuenta dentro del ámbito de su competencia. Factores subjetivos, escotomas conceptuales, dificultad para actuar en equipo, rigidez discursiva, diferencia en el manejo de conceptos, falta de información, planteamientos desde paradigmas y marcos teóricos diferentes son algunos obstáculos a sortear.

Darío Galante (6) en un texto en el cual evoca a Jacques Alain Miller habla acerca de algunos axiomas aplicables a la cuestión de los consumos problemáticos. En uno de ellos: “*No juzguéis*”, menciona los riesgos que presenta la hipermodernidad en relación a encontrar parámetros que validen el poder emitir un juicio respecto del otro. La dificultad que plantea señala a la pluralidad como eje, ya que la diversidad de opiniones que se habilitan para no apagar la voz individual del sujeto, algo que reconoce como positivo por una parte, obstruye la capacidad de establecer un juicio en relación al accionar del otro. En este caso, es posible aplicarlo a la multiplicidad de miradas que afectan el juicio en conjunto respecto del sujeto padeciente. Dicho sujeto aparece estigmatizado socialmente según lo presentan Vázquez y Stolkiner (7), es decir, ya no a través de inscripciones en el cuerpo, sino como la visión actual del mal en sí mismo. Como consecuencia, se convierte en un ciudadano con menos derechos que el ciudadano común. No porque lo dicten las leyes sino por el constructo social que se hace del toxicómano. Cabe la posibilidad que dentro del área de salud existan profesionales que piensen de la misma manera. Se intensifica así no sólo la brecha de desigualdad que sufre el sujeto adicto, sino también la discriminación y los prejuicios provenientes de aquellos que se encuentran ofertados en la sociedad, los profesionales, con el fin de operar en la lucha contra las problemáticas del consumo. La lucha contra las drogas y el consumo problemático, son dos paradigmas diferentes, que no se deben mezclar.

Abocarse al trabajo que rodea al consumo problemático desde los lineamientos propuestos por la Ley de Salud Mental, presenta un gran desafío para la sociedad en su conjunto ya que demanda trabajar en sintonía con una variedad de sectores públicos y privados, los cuales como toda sociedad, se encuentran compuestos de ciudadanos. Estos ciudadanos, a la vez serán actores desde distintas funciones, algunas de ellas disciplinares y profesionales, que se desgranarán bajo infinidad de miradas sobre la persona y su problemática.

En síntesis la conjunción de lenguajes, paradigmas, marcos teóricos y diversidad de actores sociales conforman una *Babel* que obstaculiza a través de prejuicios, divergencia de discursos, etcétera, la puesta en marcha integrativa y a la vez necesaria que se desprende de los lineamientos actuales regidos por la Ley de Salud Mental.

Conclusión

En el mundo capitalista actual, en donde prevalece la lógica mercantil, en donde tanto el profesional de la salud como el paciente se encuentran inmersos en el consumo de bienes, y servicios, la práctica profesional se ve interpelada en tanto que debe dar respuestas más amplias y extendidas en red. Esto exige buscar nuevas herramientas que permitan la integración de los distintos abordajes, disciplinas y discursos. En este contexto, nuestra metáfora acerca de la torre de *Babel* se refiere a la multiplicidad de lenguajes, terminología y variedad de posicionamientos que están operando en una misma situación de abordaje de las problemáticas de consumo. Habrá momentos en que estas cuestiones se

entrelacen positivamente y otras en las que choquen provocando obstáculos en las intervenciones de los actores involucrados.

Aunado a todo esto, la Ley de Salud Mental 26.657, insta la necesidad del trabajo conjunto. Desde este enfoque se vuelve imperativo que todos los actores participen desde su lugar, teniendo en cuenta que la suya no es la única perspectiva. Es decir, abandonando la comodidad del saber de cada disciplina para complejizar la mirada en pos de mejorar la calidad de respuesta.

En suma, pensar al saber desde una forma dinámica. Contemplando al sujeto desde todas sus facetas de construcción y deconstrucción, sin olvidar que es un sujeto consumidor inserto en una sociedad consumista. La cual reclama respuestas inmediatas a profesionales que también pueden padecer problemas de consumo, aunque invisibilizados por la cultura que comparten y la aceptación social que dichos consumos poseen.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés respecto de este artículo. ■

Referencias bibliográficas

1. Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Dic. 2010. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/175000-179999/175977/norma.htm>
2. Conrad P (1982). "Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social, *Psiquiatría Crítica*". In: Ingleby D (edit.) *La política de la Salud Mental*. Barcelona: Crítica; pp. 129-154.
3. Stolkner A (1987). "De Interdisciplinas e Indisciplinas". In: Elichiry N (Comp.) "El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio". Buenos Aires: Nueva Visión, pp. 313-315.
4. Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vázquez A, Sotelo R, Stolkner A (2006). *El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios*. Facultad de Psicología, UBA, Secretaría de Investigaciones, Anuario de Investigaciones, Volumen XIV.
5. Galante D (2016). *¿Razonar o resonar? Hiperconectados. Los psicoanalistas frente a los lazos virtuales*. XXV Jornadas Anuales de la EOL, Buenos Aires.
6. Galante D (2016). "Cinco axiomas aplicados a la clínica de las toxicomanías" *Pharmakon digital*, Nro 2, pp. 48-53.
7. Vázquez A, Stolkner A (2009). *Psicología social, política y comunitaria*. Procesos de estigma y exclusión en salud. Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia. Facultad de Psicología, UBA, Secretaría de Investigaciones, Anuario de investigaciones. Volumen XVI.