



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Articulación Teórico Clínica

Representaciones sociales de los profesionales en los procesos de rehabilitación de los usuarios del Portal Amarillo

Estudiante: Mariana Camejo Melian

C.I: 5.003.283-1

Tutor: Prof. Titular Psic. Luis Giménez

Revisora: Prof. Adj. Psic. Anabel Beniscelli

Montevideo, Uruguay

Octubre 2024

ÍNDICE:

Resumen y palabras claves.....	2
1. Introducción.....	3
1.1. Convenio facultad de psicología - ASSE.....	3
1.2. Practicantado. Portal Amarillo.....	4
2. Contextualización de la experiencia.....	5
2.1. Práctica pre profesional. Portal Amarillo y rol del practicante.....	5
2.2. Problema del Trabajo Final de Grado.....	6
2.3. Preguntas y objetivos del Trabajo Final de Grado.....	6
3. Marco teórico - Fundamentación.....	7
3.1. Fundamentación del marco teórico.....	7
3.2. Adicción.....	7
3.3. Representaciones sociales.....	9
3.4. Estigma.....	10
3.5. Cambio de modelo de atención en salud.....	11
3.6. Modelo prohibicionista y modelo de reducción de riesgos y daños en drogas.....	13
4. Articulación teórico-clínica.....	14
4.1. Introducción a la articulación.....	14
4.2. Articulación.....	14
4.2.1. Representaciones sociales y proceso de rehabilitación.....	16
4.2.2. Modelos de atención en salud y profesionales de la salud.....	20
4.2.3. Efectos y tensiones en el campo de la problemática.....	24
5. Conclusiones.....	28
5.1. Futuros desafíos.....	30
Referencias.....	31
Anexo 1.....	35
Anexo 2.....	38

Resumen y palabras claves

El presente trabajo final de grado consta de una articulación teórico clínica basada en la experiencia llevada a cabo por medio del Programa de Practicantes y Residentes de la Universidad de la República Oriental del Uruguay (UdelaR) y la Facultad de Psicología en convenio con la Administración de los Servicios de Salud del Estado, en el Centro Nacional de Información y Referencia Portal Amarillo en el año 2023.

La problemática de este trabajo refiere a las creencias y representaciones sociales de los profesionales de la salud del Portal Amarillo, así como el estigma en sujetos con consumo problemático y lo que produce en sus procesos de rehabilitación. Se apunta a analizar ciertos efectos de estas representaciones, identificando para ello las creencias predominantes en los profesionales y los efectos del modelo de atención en salud que se lleva adelante allí.

Este trabajo se llevará a cabo articulando las vivencias y los registros de la experiencia del practicantado en tanto eje central para vislumbrar y reflexionar respecto a las creencias y el estigma que rodean a los usuarios que concurren a este servicio y los efectos que produce en la atención que reciben.

Se desprende que el estigma asociado al sujeto con consumo problemático y a la adicción, afecta la percepción de los profesionales así como sus procesos de rehabilitación. A pesar del cambio de modelo de atención que busca llevarse adelante, el servicio termina reproduciendo en sus prácticas juicios y estigmatizaciones que configuran los procesos de rehabilitación de los usuarios que concurren al Portal Amarillo.

Palabras claves: Consumo problemático de sustancias, representaciones sociales, estigma, tratamiento de adicciones.

1. Introducción

El presente Trabajo Final de Grado [TFG], consta de una articulación teórico clínica enmarcada en una práctica de graduación de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República Oriental del Uruguay (UdelaR).

La elección de modalidad para realizar este TFG se encuentra relacionada a la adaptabilidad de la misma para utilizar como eje central la práctica pre profesional realizada en el Centro Nacional de Información y Referencia, Portal Amarillo. Este tipo de modalidad, permite conservar la esencia de la experiencia de la práctica en tanto eje articulador, dando paso a la conjunción de la teoría con la vivencia y la experiencia.

La temática que abordará este trabajo, gira en torno al consumo problemático de sustancias, los usuarios que concurren al centro, el estigma, las representaciones sociales así como los sistemas de creencias que traen aparejados los profesionales de la salud que allí trabajan. Se apunta al abordaje de esta temática en torno a la práctica realizada desde febrero de 2023 a enero del 2024, en un servicio de salud de tercer nivel de atención de la Administración de los Servicios de Salud del Estado [ASSE].

Una articulación teórico-clínica es una modalidad de trabajo que rescata la producción de conocimientos teniendo como punto de partida una experiencia específica. Esta modalidad se enmarca de forma adecuada con la práctica de graduación seleccionada, en tanto se trata de un practicantado que cuenta con un convenio con ASSE y se desarrolla bajo la responsabilidad y supervisión docente, teniendo instancias de supervisión tanto grupal como individual a lo largo del proceso (Facultad de Psicología y Universidad de la República, s.f.)

1.1. Convenio facultad de psicología - ASSE

El practicantado, es un convenio realizado por la Universidad de la República, Facultad de Psicología y ASSE, brindando la oportunidad a treinta y seis estudiantes de realizar su práctica en servicios de salud en el territorio uruguayo. Apunta a formar recursos humanos, profesionales en el área de la salud de calidad y actualizados a lo que son los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud. De igual forma, busca contribuir a la producción de conocimiento psicológico en el campo de la salud, que pueda aportar a la mejora de la calidad de vida de la sociedad (ASSE y Universidad de la República - Facultad de Psicología, 2009).

Esta experiencia permitió profundizar en prácticas articuladas con herramientas teórico técnicas. El programa del practicantado fue co-coordinado por el equipo docente Luis Giménez, Fernando Texeira y Alejandra Arias, implementando: un plenario semanal para el intercambio de las vivencias en cada servicio articulando con la teoría, subgrupos que permitían supervisiones más focalizadas y un espacio de supervisión individual.

1.2. Practicantado. Portal Amarillo

El Centro Nacional de Información y Referencia, Portal Amarillo, funciona como institución de referencia de la Red de Drogas dependiente de ASSE. Se encuentra específicamente abocado a la atención de personas con consumo problemático de sustancias usuarias de ASSE. Ubicado en Montevideo (Dr. Carlos María de Pena 5101, barrio Nuevo París), al ser un centro de referencia, recibe población de todo el territorio nacional. En el organigrama institucional de ASSE, se encuentra comprendido en la Gerencia Asistencial con Dirección en Salud Mental.

Funciona en la actualidad con tres dispositivos: residencial, centro diurno y una unidad de desintoxicación. El Dispositivo Residencial, brinda atención a personas adultas que no pueden detener su consumo de sustancias de forma ambulatoria, abordando la desintoxicación y la deshabitación. También cuenta con camas para adolescentes derivados por el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay. El régimen de internación es de modalidad voluntaria y cuenta con un protocolo para cuando el sujeto quiere retirarse del dispositivo de forma voluntaria. En la cotidianeidad, se trabaja con equipos médicos con predominio de Psiquiatría, que indica administración de medicación; cumplimiento de rutinas pautadas por la grilla de actividades y el seguimiento de las normas de la institución.

El Dispositivo Centro Diurno, se encuentra abocado a la atención de personas mayores de 18 años, de forma ambulatoria trabajando a nivel grupal e individual con participación de las familias, promoviendo inserción socioeducativa y laboral. Consiste en un dispositivo de tránsito con una grilla de actividades semanal, contando con profesionales de la Psicología, Asistentes Sociales y de la Educación Social.

El Dispositivo de Desintoxicación, apunta a la atención focalizada, tratándose de una internación que no supere los quince días, brindando atención médica para la desintoxicación así como atención psicológica. El egreso podrá ser tanto para otro dispositivo que funcione en el Portal como el egreso con derivación. Este dispositivo que se encontraba en proceso de apertura al culminar la práctica en enero del 2024, fue inaugurado el 18 de noviembre de este año.

El Portal Amarillo también se encarga de la línea telefónica gratuita *1020 que se encuentra habilitada 24 horas, todos los días del año . Siendo un servicio que se encarga de dar apoyo, contención, y brindar información tanto a personas con consumo problemático de sustancias como a familiares y/o referentes, así como a toda persona que busque asesoramiento.

Transitar por un servicio de salud formando parte del equipo de profesionales, teniendo contacto por primera vez con las dinámicas de trabajo que se implementan, los sentires y decires, permitió conocer esta problemática desde adentro, conviviendo de forma diaria con el abordaje y el trabajo que se realiza. Esta experiencia en tanto practicante aportó factores de gran valor en la elección tanto del tema cómo de la formulación de las preguntas que orientaron el desarrollo de este trabajo.

2. Contextualización de la experiencia

2.1. Práctica pre profesional. Portal Amarillo y rol del practicante

La experiencia seleccionada es una práctica de índole pre profesional, siendo a su vez, un primer contacto con trabajo de campo.

El Portal Amarillo, es un servicio de tercer nivel de atención al cual acuden personas con consumo problemático para internación así como para Centro Diurno. Tal como lo mencionan Vignolo et al (2011), el tercer nivel de atención se encuentra abocado a la atención y resolución de problemas que cuentan con una menor prevalencia, siendo patologías de mayor gravedad y requiriendo de procedimientos, atención e implementos de alta tecnología. Esta problemática se sitúa asimismo en el ámbito cultural y social, que comprende una visión de lo que es ser adicto a nivel individual, económico, jurídico y social.

La inserción practicante fue en ambos dispositivos, pasando los primeros seis meses de forma exclusiva en el diurno y llevando adelante la incorporación en el dispositivo residencial en la segunda parte del año.

Formar parte de estos servicios, fue un espacio propicio para aprender y adquirir experiencia acompañando, vivenciando y conociendo el rol de la psicología en un servicio de salud tan particular. El rol del practicante en esta institución no tiene una disposición rígida y estructurada, existe una apertura a una co-construcción particular a las tareas o instancias de las cuales quiere participar, contando con supervisión de un profesional.

La participación se dió en la mayoría de las actividades del dispositivo diurno, compartiendo desde una cercanía y disposición al acompañamiento. Respecto al residencial, el paso por el mismo se encontró abocado de forma exclusiva a la participación y co-coordinación en espacios psicológicos. Habitar y participar ambos espacios, permitió observar las modalidades de trabajo de los profesionales en estos dispositivos que tienen objetivos de trabajo y tratamiento distintos.

2.2. Problema del Trabajo Final de Grado

El problema de este trabajo gira en torno a las representaciones sociales y el sistema de creencias que portan los profesionales de la salud que trabajan en el Portal Amarillo hacia las personas con consumo problemático de sustancias y sus posteriores efectos en los procesos de rehabilitación. Para ello, es importante rescatar los decires y sentires de los profesionales observados a lo largo del año de practicantado respecto a la concepción del sujeto adicto así como el abordaje y las estrategias de intervención adecuadas para trabajar.

Se tomará como elemento para el análisis, reglamentos y disposiciones con las cuales se rige el Portal Amarillo, marcando pautas concretas que delimitan el tipo de abordaje y de usuario con el que se espera trabajar, generando efectos en los procesos de rehabilitación.

2.3. Preguntas y objetivos del Trabajo Final de Grado

Existen ciertas preguntas que serán centrales en el desarrollo de este trabajo final de grado tal como ¿qué concepción tienen sobre la adicción y el sujeto adicto los profesionales que trabajan en el Portal Amarillo? y ¿qué rol juega el estigma en los procesos de rehabilitación de los usuarios que concurren al Portal Amarillo?

Asimismo, ¿cómo operan las representaciones sociales de los profesionales del Portal Amarillo en sus prácticas con los usuarios que concurren al servicio? y ¿en qué medida el estigma social existente respecto al sujeto consumidor de sustancias influye en las estrategias de intervención que implementan para trabajar con los usuarios del Portal?

Se tiene como objetivo analizar cómo estos sistemas de creencias y representaciones sociales de los profesionales configuran los procesos particulares de rehabilitación de los usuarios del Portal Amarillo. De modo más específico, se buscará poder identificar algunas creencias y representaciones que predominan en el ámbito, así como analizar su impacto en la relación terapéutica entre profesionales, usuarios y en su

correspondiente atención.

Resulta pertinente vislumbrar ciertos efectos del nuevo modelo de atención en salud mental, en la percepción y la práctica que desarrollan los profesionales en la institución. Asimismo, determinar ciertas barreras y facilitadores que existen en el proceso de rehabilitación de los usuarios en torno a estas variables. Se buscará vislumbrar determinados efectos, tensiones y problematizaciones que surgen en el campo a raíz de esta problemática.

3. Marco teórico - Fundamentación

3.1. Fundamentación del marco teórico

Un marco teórico refiere a las ideas, teorías o hipótesis por medio de las cuales el problema que pretendemos abordar adquiere un sentido. Se trata de la asunción de una teoría que oficie de marco de referencia en la elaboración del trabajo final de grado (Daros, 2002). Son el conjunto de conceptos, teorías y modelos que se consideran pertinentes y relevantes para el desarrollo de la articulación teórico clínica.

La elección del marco teórico fue pensado y elaborado de forma tal que contribuya a la contextualización y al encuadre del problema. Se proporcionará una base sólida a la hora de articular estos conceptos con la experiencia vivenciada en la práctica, considerando que el problema toma sentido de referencia con una teoría.

3.2. Adicción

La adicción en palabras de Cancela (2013) es un:

bloqueo en el proceso de individuación y autonomización de una persona, que se expresa fundamentalmente por la puesta en acto (...) de sus matrices primarias de significación y vinculación tóxica (...). En el adicto son tan restrictivas, simbiotizantes, estereotipadas y rígidas, que impiden o dificultan severamente la generación de espacios instituyentes de intercambio con otros seres humanos que promuevan procesos de subjetivación recíproca (p.1) .

Según la Red Iberoamericana de Organizaciones No Gubernamentales que trabajan

en Drogas y Adicciones [RIOD] (2019) por su parte, la adicción a sustancias refiere a un uso reiterado de una o varias sustancias que conlleva a una intoxicación periódica o crónica. Ello produce el desarrollo de una tolerancia que conduce al consumo compulsivo que una vez que se intenta detener, lleva a la aparición del síndrome de abstinencia que se dirige a la búsqueda compulsiva para obtener la sustancia.

El concepto de adicción es trabajado por muchos autores y puede abordarse desde distintas perspectivas. Estas definiciones, cuentan con su perspectiva particular respecto a la adicción, siendo que la última refiere a aspectos más prácticos que implican el accionar y las consecuencias asociadas cuando un individuo genera una adicción, mientras que la primera versa sobre el proceso que sucede por medio del proceder del sujeto a nivel externo e interno.

La concepción de adicto, la cual proviene del Latín *addictus*, refería en el período romano a un tipo de esclavo que en un principio era un hombre libre y luego fue adjudicado a otro por medio de algún juicio o acto legal. El sujeto, debido a una deuda, quedaba adjudicado como esclavo, entregado a otro (Anders, s.f.). En ese entendido, el individuo perdía su condición de sujeto como tal, volviéndose un sujeto sujetado, dependiente.

Esto puede asociarse a la concepción de adicto más actual, donde el individuo actúa muchas veces en pos de conseguir la sustancia, siendo capaz de todo para obtener el beneficio de lo que le genera. Se trata de una visión construída históricamente, que toca en lo profundo y se entrelaza con el estigma, donde al considerar a la persona en base a su condición de adicto, queda etiquetado de forma negativa. Esta construcción social trae un contenido cultural que se desarrolla por medio de un discurso interpretado como totalitario, culminando en esa carga que recae en el sujeto (Maldonado y Briseño Cruz, 2014).

La desintoxicación, es un proceso por medio del cual el sujeto de forma gradual y progresiva, deja de sufrir los efectos producidos por una sustancia psicoactiva. Es un proceso que apunta a la retirada de la abstinencia que contrae el abuso de la sustancia, reduciendo los síntomas (Organización Mundial de la Salud, 1994). La deshabitación por su parte, implica el rompimiento de las rutinas y hábitos que se encuentran relacionados a la necesidad del consumo. Es aprender e incorporar un determinado control en esa necesidad imperiosa por llevar a cabo el ritual asociado a su adicción. El proceso implica asistencia social y salubre, así como un proceso terapéutico que trabaje tanto a nivel emocional, como social y psicológico buscando producir un cambio en la perspectiva del sujeto (Nuria, 2022).

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V, la característica esencial del trastorno por consumo de sustancias es “ (...) la asociación de

síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p.483). En las características y los criterios diagnósticos, encontramos el consumo en grandes cantidades de la sustancia durante un tiempo prolongado, dificultad en regular y/o incluso detener el consumo (contando con fallos en el intento), gran inversión de tiempo en la obtención, el consumo o la recuperación de la sustancia y en los casos más complejos, todo lo que se haga en el día gira en torno a la sustancia. El hecho de que la sustancia se torne el eje central de la vida del sujeto, conlleva a que el mismo incumpla con sus deberes, responsabilidades y obligaciones (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

3.3. Representaciones sociales

Un sistema de creencias es entendido como un conjunto de conceptos que gobiernan la visión que tiene el sujeto respecto del mundo y de lo que en él ocurre. Tienen una trama que les da un sentido de interpretación y están nutridos de conceptos que provienen de la familia, del grupo de amigos, de pares y del entorno al que pertenecemos. La adquisición es producto de interacciones entre las disposiciones innatas así como de las vivencias que contienen componentes emocionales y sensorio-perceptivos y cómo dichas vivencias son interpretadas e incorporadas en la historia de vida del sujeto. Se genera una red de conceptos que se incorporan a la vida del individuo, lo acompañan y ofician de sustrato para la selección y la interpretación de las experiencias futuras (Fierro et al., 2003).

Las representaciones sociales, refieren a determinadas formas en que los sujetos y los grupos que componen a la comunidad interpretan y comprenden su mundo social. Son conjuntos de conocimientos, creencias así como de prácticas que le permiten a los sujetos darle un determinado sentido a su realidad y a comunicarse entre sí. Son construcciones que se dan a nivel social y que se transmiten y transfieren por medio de la cultura y de nuestra interacción social. Se pueden vislumbrar a nivel del lenguaje, así como de símbolos y prácticas cotidianas que nos componen en tanto sujetos insertos en la sociedad, tomando un papel central y fundamental en la formación de la identidad social y cómo nos relacionamos con el entorno (Jodelet 1988).

Lo que ocurre al decir de Mora (2002), es que la imagen se objetiva junto con una carga afectiva de valores y de condiciones de naturalidad, produciendo una transformación que habilita a la categorización del lenguaje y del entendimiento. Allí se denota el peso que tiene esa construcción colectiva y cultural, donde las concepciones y los pensamientos se relacionan entre sí y generan que la sociedad los perciba, incorpore y los comprenda como

válidos. Tienen determinada perspectiva, lo que conlleva a que se le impriman ciertas características, considerando que son un sistema de ideas, valores y prácticas que en conjunto, forman la representación social. Esto último hace referencia al accionar de la sociedad, donde los individuos frente a sujetos con consumo problemático, colocan la etiqueta de adicto, siendo adoptada como legítima y no cuestionada, reproduciéndose (Henaó, 2010).

3.4. Estigma

Según Goffman (1963), la estigmatización es un proceso social en el cual ocurre una categorización, siendo el estigma un atributo mediante el cual el individuo es clasificado y etiquetado de forma negativa. El sujeto pasa a llevar esa etiqueta que implica una carga valorativa, contiene la visión externa del otro que nos posiciona en un determinado lugar. El individuo es marginado sin darle alguna posibilidad de salirse de esa etiqueta, llevando al declive en varias áreas de su vida, tanto salubre, como social, laboral y económica.

En cuanto al estigma, se menciona que

(...) los procesos por los que se construye un estigma son transversales. En el contexto de las drogodependencias, se observa que en la formación del estigma se acentúa la falta de motivación por la búsqueda de ayuda o el miedo a tener problemas con las autoridades como consecuencia de la estigmatización (...). El estigma no solo influye en las personas consumidoras antes de iniciar un tratamiento, sino también durante su realización y después de él (Red Iberoamericana de Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en Drogas y Adicciones, 2019, p.8).

Tal y como mencionan Maldonado y Briseño Cruz (2014), el estigma juega un rol central en varios aspectos produciendo efectos en los sujetos. Tanto en la decisión de realizar un tratamiento de rehabilitación, entendiéndose que implica la exposición del sujeto y de su vulnerabilidad, cómo en el sostenimiento del mismo donde entra en juego la interacción con las personas que acompañan ese proceso. Incluso luego del tratamiento, el estigma sigue estando presente con una etiqueta clara de consumidor o en su defecto, ex consumidor. El estigma resulta en un efecto que proviene de algo más amplio que se entrelaza con la concepción de adicto y de adicción, que hace que se transforme e implique por tanto una estigmatización. Este proceso, convierte al sujeto en un ser el cual su

definición social es enteramente establecida por comparación a los individuos no consumidores, lo que fija su posición social en tanto alguien diferente e inferior (Maldonado y Briseño Cruz, 2014).

Sacarse ese *mote* de drogadicto, que deja al sujeto relegado únicamente al consumo sin considerar su integralidad, es muy difícil. Una vez que la sociedad cataloga al sujeto en esa posición, queda paralizado, siendo que despegarse de ese rol es una tarea que conlleva mucho esfuerzo y que en ocasiones no termina de realizarse del todo. “La etiqueta estigmatizante se convierte en la definición íntegra de la persona, pasando a interiorizar el estigma en su identidad e invisibilizando a la persona y el resto de esferas que conforman su identidad” (Red Iberoamericana de Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en Drogas y Adicciones, 2019, p.10). El individuo pierde su capacidad de sujeto, quedando relegado a ser una persona consumidora y conllevando a que el mismo interiorice esa perspectiva de sí, tomándola como propia (Red Iberoamericana de Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en Drogas y Adicciones, 2019).

El autoestigma, surge a raíz de la proyección que realiza la sociedad sobre las personas, que termina siendo interiorizado y asimilado por los mismos. Se trata del proceso consciente de los estereotipos negativos que se encuentran asociados con la persona, donde el sujeto busca en sí mismo la característica definitoria y la acepta como propia. De allí en más actúa en base a ello, en cómo espera la sociedad que lo haga (Sepúlveda, 2020).

El estigma, ese atributo que se coloca en el otro sacándole toda responsabilidad a quien lo atribuye tiene una visión construida. Funciona como un engranaje, es un mecanismo que permite la reproducción y el sostenimiento de este modelo que limita al sujeto, reduciéndolo únicamente a la concepción de consumidor de sustancias (Sepúlveda, 2020).

3.5. Cambio de modelo de atención en salud

Para abordar esta problemática tan vigente en los servicios de salud, es crucial indagar sobre el cambio de modelo de atención en salud mental que se intenta llevar adelante. Se buscará dar un paso por el modelo anterior referente al asistencialismo hacia el modelo actual que busca incorporar la Ley de Salud Mental N° 19.529 del año 2017.

Esta ley entiende a la salud mental como estado de bienestar por medio del cual el sujeto es consciente de sus capacidades y puede enfrentar las tensiones de la vida, trabajar fructífera y productivamente contribuyendo a la sociedad. Cuenta con una perspectiva de

respeto a los derechos humanos, buscando garantizar el derecho a la protección de la salud mental (Uruguay, 2017). Busca despegarse de un modelo asilar y asistencial a uno integral, poniendo al sujeto y su entorno como centro para su abordaje.

El cambio de modelo de atención en la salud impulsado a raíz de la Ley N°18.211 del Sistema Nacional Integrado de Salud, se aboca al derecho de la protección de la salud de los habitantes que residen en Uruguay. Se organiza al sistema en redes y por niveles de atención de acuerdo a las necesidades que tengan los usuarios y la complejidad del servicio (Uruguay, 2007). Abre paso hacia un enfoque de mayor integralidad centrado en la persona y sus necesidades, reconociendo la importancia de la atención a factores individuales y sociales que influyen en el bienestar (Sollazzo y Berterretche, 2011). Se da dentro de una serie de transformaciones que implica una nueva forma de pensarnos así como al mundo que construimos en base a nuestras teorías. Estas transformaciones, se encuentran asociadas al cambio en la concepción del mundo, del sujeto y de su interacción, que nos lleva al paradigma de la complejidad.

Un modelo importante en este entendido, es el de recuperación, el cual implica un proceso de cambio donde el sujeto logra mejorar su salud y bienestar, alcanzando autonomía y conduciendo los esfuerzos para obtener el mejor resultado posible. Se busca construir desde las fortalezas del individuo, de su familia y su entorno así como equiparlos y empoderarlos para que adquieran un papel activo en el manejo de su salud (Davidson y González-Ibañez, 2017). Se busca un papel activo y central de la persona en la creación de una vida llena de significado y propósito (Agrest y Drueta, 2011). Este papel, lo lleva a una vida plena que apunta a la recuperación y no necesariamente a la cura, es entonces que cabe cuestionarse ¿qué se entiende por recuperación?

El concepto de recuperación, involucra un cambio en la percepción que la persona tiene de sí misma y de su propósito en la vida. La cura no es parte indispensable de lo que es la recuperación, pueden darse de forma independiente. Este enfoque, subraya la participación activa y el compromiso personal en tanto fundamentales para el proceso de recuperación. Implica una transformación integral que incluye aspectos psicológicos, sociales, contextuales y existenciales. La visión del sujeto activo y participativo resulta en quitar el foco sobre la deficiencia, apuntando a las fortalezas y a las posibilidades de recuperación (Agrest y Drueta, 2011).

Dentro de las características de este modelo, se encuentra la colaboración con el individuo y cuando sea pertinente, con su familia en la creación de un plan terapéutico para su recuperación. El abordaje debe adaptarse a la perspectiva de la persona y se le debe proporcionar información clara y concisa respecto a las alternativas para el abordaje de su

proceso, de forma tal que pueda tomar las decisiones que sean necesarias para ello (Zaraza y contreras, 2020).

3.6. Modelo prohibicionista y modelo de reducción de riesgos y daños en drogas

El modelo prohibicionista en drogas se focaliza en el abandono de la sustancia sin considerar las condiciones que conforman y hacen al sujeto y su consumo. Se da una perspectiva reduccionista y simplista de este entramado complejo, separando al sujeto y el objeto; siendo difícil abordar al sujeto en los servicios de salud (Vázquez, 2008). El sustento en esta visión es el no a las drogas, siendo exclusivo y reduccionista. Entiende la cura por medio del abandono total del consumo y de la sustancia, haciendo prevención por medio de la evitación de cualquier aproximación a las sustancias (Calvet, 2002). Implementa lógicas sutiles pero exigentes y violentas, donde se impone como exigencia para acceder a un tratamiento el no consumo y que termina marginando al individuo, obstruyendo la posibilidad de atención.

Por su parte, los abordajes desde el paradigma de reducción de riesgos y daños, implementan estrategias que permiten reducir los riesgos asociados al consumo, entendiendo que se trata de un proceso y que puede darse de forma gradual mientras que se realiza un trabajo integral con el sujeto. Es pensado desde una perspectiva de salud que contempla la prevención, la reducción de riesgos, la rehabilitación así como la asistencia, colocando en el centro al sujeto y sus circunstancias. Se busca minimizar los efectos negativos que puede conllevar el consumo de sustancias, apuntando a la disminución de las consecuencias asociadas (Junta Nacional de Drogas, 2022).

Este modelo tiene un marco teórico y metodológico que busca la comprensión y el abordaje del uso de drogas, teniendo una mirada crítica y reflexiva respecto a las prácticas de consumo. Enfatiza en el riesgo que es tomado por el sujeto al consumir una sustancia y no en el efecto que produce. Dentro de los objetivos, se encuentra la disminución de la morbi mortalidad, la minimización del deterioro psicosocial, la mejora de la calidad de vida y el favorecimiento en la accesibilidad a la red asistencial, el incremento de la retención en un tratamiento para realizar intervenciones más extensas y fructíferas respetando los derechos humanos de la persona (Dell' Acqua, 2012).

Implica el trabajo en pos de la deconstrucción de la identidad del sujeto centrada en el consumo, dando paso a la posibilidad de nuevos aprendizajes y modelos identitarios que le permitan fortalecer sus redes personales y sociales. Lo ubica como protagonista activo y contempla su entorno y sus circunstancias, dando paso a la escucha de su demanda y su experiencia con el consumo (Dell' Acqua, 2012).

El consumo problemático se presenta en el sujeto una vez que se encuentran afectadas una o más de las cuatro áreas vitales que lo componen: la salud física y psíquica, las relaciones sociales primarias afectivas y las relaciones sociales secundarias. Desde la implementación de políticas de reducción de riesgos y daños, la figura del adicto comienza a ser vista desde otra perspectiva, contemplando no sólo su consumo, sino al sujeto de forma integral. Permite la elaboración de un plan de trabajo y de tratamiento más individualizado, considerando las particularidades de los sujetos, sus contextos y las variables que hacen a su constitución y sus circunstancias. El sujeto no nace adicto, la vinculación problemática con la sustancia viene de la mano con fenómenos de aprendizaje y vínculo, asociado al contexto y la historia de esa persona (Dell'Acqua, 2012).

4. Articulación teórico-clínica

4.1. Introducción a la articulación

Este capítulo apuntará a articular la teoría que fue abordada en el marco teórico teniendo como eje central la práctica pre profesional. Se dará espacio a un pensamiento reflexivo y crítico, incorporando para ello los registros recabados a lo largo de la experiencia desde el rol de practicante, que permitirán vislumbrar y analizar la temática. Se retomarán los objetivos y preguntas iniciales para ser integrados a la reflexión crítica, relacionando los aspectos teóricos con la experiencia para ir vislumbrando ciertos efectos que se dan en los procesos de rehabilitación.

4.2. Articulación

Desde el primer día en el servicio, fue posible observar la presencia de una determinada concepción del sujeto adicto. Es factible retomar una de las preguntas del presente trabajo respecto a ¿qué concepción tienen sobre la adicción y el sujeto adicto los profesionales que trabajan en el Portal Amarillo? e ir identificando ciertas representaciones que entran en juego y predominan en el ámbito de la salud. El usuario del Portal desde la perspectiva de los profesionales que abordan a los sujetos desde el paradigma prohibicionista, es reducido a una concepción que contempla únicamente el consumo y no al sujeto en su integralidad y complejidad. La presencia de la mentira, la manipulación y el intento de persuasión de los usuarios para su mayor beneficio es otro elemento que se destaca en ellos de acuerdo al discurso de los profesionales.

Cabe preguntarse, ¿cómo se trabaja desde la presunción de que la persona está mintiendo y manipulando de forma constante? La categorización de los sujetos en esa

etiqueta de adicto, lo reduce directamente a la sustancia, sin considerar su contexto ni su integralidad, lo cual dificulta que pueda sacarse esa etiqueta y ve su vida teñida por el consumo (Maldonado y Briseño Cruz, 2014).

A lo largo de esta experiencia, se pudieron observar visiones reduccionistas que se ponen en juego en cada dispositivo. Se encontraron visiones estigmatizantes hacia al sujeto consumidor de sustancias, llevando a que los mismos interioricen dicho estigma, conformando un autoestigma, donde comienzan a hacerse cargo y toman como propio eso que el otro les adjudica (Sepúlveda, 2020). Este aspecto, abre paso a la reflexión del rol que juega el estigma tanto en los sujetos como en sus procesos. Los efectos iatrogénicos que se generan, producen estragos en los procesos de rehabilitación.

El estigma hacia el adicto, es parte del debate paradigmático que sustenta visiones como “todos los adictos son manipuladores” y “ningún adicto se recupera”. Este tipo de expresiones, sustentan la teoría de que cualquier sujeto que tenga un trastorno por consumo de sustancia no podrá salir del mismo y formará parte de su vida siempre. Allí también se vislumbra una de las representaciones que predominan y entran en juego en la relación terapéutica que se establece entre el usuario y el profesional.

Este proceso de estigmatización deja a las personas sujetas a una etiqueta que le atribuye una determinada característica de la cual resulta difícil deshacerse. Este aspecto, fue visualizado desde el ingreso a la institución, donde existió una instancia de presentación antes de iniciar un grupo terapéutico con los usuarios del Centro Diurno. Se realizó una ronda, donde la coordinadora del grupo procedió a introducir la presentación de ambas practicantes y luego los usuarios realizaron ese mismo proceso.

Cada uno de los usuarios presentes ese día, inició su presentación y se observó un factor que era igual en todos. La modalidad de presentación era la siguiente: “Hola, yo soy tal persona y llevo tantos días limpio”. La contabilización de los días que llevaban sin consumir, fue una característica común a todas las presentaciones. Fue un hecho impactante en el registro tomado, ya que esa verbalización como parte de su presentación habla del nivel de interiorización y apropiación que tienen respecto al consumo, siendo ya parte de su identidad.

La etiqueta del individuo adicto, trae asociada una serie de características que lo ubican y clasifican de forma negativa, generando efectos contraproducentes en la vida de la persona. La desconfianza es un aspecto central que gira en torno al sujeto con consumo problemático de sustancias (Maldonado y Briseño Cruz, 2014). Se tiende a desconfiar tanto de los dichos del usuario cómo de sus acciones, buscando un trasfondo que se entrelaza

con el consumo y que confirme la teoría del otro respecto a que “siempre miente” o “está consumiendo”. Esta desconfianza no se encuentra únicamente presente en el ámbito de la salud, sino que tiñe varios ámbitos de la vida del sujeto.

Es tanta la carga y la valoración negativa que se tiene, que salir de ese lugar de consumidor, es una tarea que a muchos les lleva la vida, quedando limitados en su desarrollo personal. Para ilustrar este aspecto, se puede retomar una expresión de un usuario en el servicio, donde mencionaba que su padre le decía que no iba a lograr dejar de consumir y que no servía para nada, quedando en una posición de inferioridad y desvalor. El individuo que busca realizar un proceso de rehabilitación, queda sujeto a la etiqueta de adicto, rodeado de un entorno que lo reduce a ese posicionamiento.

Un sujeto con la etiqueta de adicto en el Portal Amarillo, es en muchas ocasiones de acuerdo a las observaciones efectuadas a lo largo de la experiencia, tildado de persona mentirosa, manipuladora y poco confiable, atributos que parten del estigma que tienen los sujetos respecto a lo que implica una persona con consumo problemático. El individuo es fijado en una posición de desvalorización y de inferioridad. Ser consumidor de sustancias, opaca otras características que pueda tener, quedando reducido al consumo.

Para ir identificando ciertas creencias y representaciones existentes en el ámbito, se traslada un registro tomado en el primer día en el servicio: luego del primer contacto con los usuarios, se dió el encuentro con los profesionales que trabajaban en el dispositivo diurno. Tras una breve presentación con cada uno, se dió un espacio para intercambiar sobre las primeras impresiones en el centro y en el contacto con los usuarios. En dicho intercambio, uno de los profesionales expresa que debíamos saber de antemano que no se le podía creer a los usuarios ya que un noventa por ciento de lo que pudiesen expresar sería una mentira. Mencionó que se trataba de personas mentirosas y manipuladoras, muy hábiles para hacer creer lo que ellos pretenden. Este tipo de expresiones, no eran efectuadas de forma explícita por todos los trabajadores del dispositivo, sin embargo, era evidente observando sus gesticulaciones y corporalidades, el consenso interno existente al respecto por la mayoría.

4.2.1. Representaciones sociales y proceso de rehabilitación

Las representaciones sociales, son conocimientos de sentido común que se naturalizan y toman carácter de evidencia y de verdad, sin lugar a cuestionamientos. Surgen en relación directa con las condiciones en las que se piensan y se constituyen, quedando una imagen objetivada y asociada a una carga afectiva (Mora, 2002). La concepción de adicto existente en nuestra sociedad coloca y cataloga al sujeto con una connotación

negativa asociada a la representación social existente al respecto, dejando a la vista cómo influyen en los procesos de rehabilitación.

El sistema de creencias que traen aparejado los profesionales que trabajan en el centro, hace que no puedan despegarse de esa visión y pensamientos sobre los sujetos con consumo problemático. Resulta difícil realizar la disociación instrumental óptima y necesaria para el trabajo con esta población, priorizando el abordaje integral de los sujetos para una mejor calidad de vida.

La disociación instrumental, tiene que ver con la actitud clínica del profesional que le permite por un lado identificarse con los sucesos o sujetos y por el otro, mantener una distancia adecuada de forma que no se vea personalmente implicado (Bleger, 1966). Los técnicos que trabajan con esta población, deben poder manejar ese interjuego que se da para lograr trabajar de la forma más apropiada.

Los profesionales de la salud al traer aparejado su sistema de creencias y de representaciones, cargan en el usuario ese estigma que lo reduce y limita. Así como sucede en el desarrollo diario de los sujetos y en sus entornos, también sucede puertas adentro en las instituciones de salud. Para seguir pensando respecto a cómo operan las representaciones sociales en los procesos de rehabilitación, los trabajadores de estas instituciones le quitan importancia o relevancia al discurso del usuario, a sus inquietudes y a los problemas que los atraviesan. Se le quita el valor a su palabra, quedando limitado a la esfera del consumo incluso en los espacios diseñados y dispuestos para el trabajo con esta problemática.

La institución forma a sus trabajadores, los moldea. La institución te atraviesa y arrasa, calando hondo en las percepciones particulares de cada profesional. El entramado de las situaciones que ocurren a diario así como la visión de los profesionales y su forma de trabajar con los usuarios, confluyen y toman peso respecto al accionar y perspectiva con la que se trabaja con los sujetos. El estigma se reproduce en los distintos servicios y áreas de la salud, permitiendo vislumbrar el efecto que produce en las estrategias de intervención que se llevan adelante.

Los profesionales que mantienen un contacto directo con los usuarios drogodependientes, cuentan con ciertos estigmas en su accionar cotidiano tal como: la diferencia establecida entre el *ellos* (usuarios) y el *nosotros* (profesionales), la falta de confianza en los usuarios y en su capacidad de resolución, la desconfianza habitual hacia el accionar, la creencia referida a que abandonan a sus hijos/as por el consumo así como el trato infantil hacia ellos y hacia su capacidad cognitiva (Fernández, 2017). Todo ello se

reduce a una serie de características negativas colocadas en los usuarios que concurren al centro repercutiendo en su proceso de rehabilitación.

Si quien te acompaña en el proceso de recuperación, minimiza o invisibiliza alguna expresión o demostración de los usuarios como por ejemplo en algún grupo terapéutico o instancia de intercambio, ¿qué puede generar en el usuario? y ¿qué apertura y confianza puede generarse en la alianza terapéutica cuando acontecen estos momentos de desencuentro que dejan al sujeto expuesto? El sistema de creencias con el cual viene el profesional que trabaja en la institución, hace que no pueda muchas veces desprenderse de esa visión y pensamientos asociados al sujeto con consumo problemático. Frente a estas situaciones, sucede que el profesional a raíz de sus preconcepciones y visiones construidas, elabora juicios y termina estigmatizando al individuo, generando efectos.

Los profesionales actúan como un espejo, su mismo proceder y la modalidad de trabajo funcionan de espejo, devolviéndole al usuario una determinada imagen, encontrándose muchas veces con un espejo desvalorizante, desmotivador y sin proyección a futuro. Esto permite asimismo identificar algunas de las representaciones existentes, esas que implican la imagen implícita que tiene el otro de mí influyendo y generando efectos particulares. Resulta importante que este agente trabajador, no imponga expectativas sobre el sujeto que se encuentra realizando el proceso de rehabilitación, dar esa carga extra a quien está atravesando esta realidad, es contraproducente. Un ejemplo de este tipo de situaciones es cuando el profesional infiere que el usuario no va a recuperarse porque la mayoría de las personas en estas circunstancias no lo hace. Este juicio basado en una concepción y un estereotipo, genera únicamente efectos negativos, ya que aunque el profesional no lo exprese de forma directa, el usuario muchas veces lo percibe, pudiendo producir reticencia, enojo y frustraciones.

El trabajador y la concepción de adicto que trae aparejada, así como su sistema de creencias y de representaciones en tanto sujeto inserto en la sociedad, cataloga al usuario, reduciéndolos a todos a una misma categoría de forma generalizada. Con estas características, referimos a los rasgos típicos asociados a la persona consumidora de sustancias, tal como el ser una persona mentirosa y manipuladora. Este aspecto se torna presente en la relación que puede construir el profesional con el usuario, al ya encontrarse cargada con esta concepción que coloca al usuario en un lugar de inferioridad.

Las acciones de los profesionales de la salud en los servicios frente a la atención que le brindan a los usuarios habla y refleja las concepciones que tienen. Sus prácticas y las representaciones aparejadas, se articulan y es allí donde podemos vislumbrar los efectos que se generan y repercuten en los usuarios y en su tratamiento.

En los dispositivos en funcionamiento dentro del Portal, existen acuerdos terapéuticos que permiten analizar cómo los sistemas de creencias y las representaciones de los trabajadores influyen en los procesos de rehabilitación. En él, se establecen de forma anticipada una determinada cantidad de pautas y normas que funcionan y moldean a la institución y a sus integrantes. Ese listado de normas demarca cómo debe comportarse y funcionar dentro de la institución, basándose en el entendido de que de esta forma obtendrá un tratamiento efectivo (ver anexo 1).

En el contenido del acuerdo del residencial, se presenta el servicio que recibirá el usuario, haciendo hincapié en su centralidad así como en la estipulación de ser un tratamiento de acceso voluntario. Se completan en él los datos de quien percibirá el servicio así como de su referente. Se garantiza la información previa al ingreso respecto al tratamiento que recibirá y se solicita conocimiento del anexo en el que se disponen las normas de funcionamiento y convivencia del dispositivo. Se informa respecto a la posibilidad de interrupción del tratamiento si así lo desea así como el proceso para realizarlo. Asimismo, se brinda la información pertinente respecto al secreto profesional de la situación personal del usuario y se informa al referente familiar sobre su responsabilidad en tanto figura de referencia. Este acuerdo en el caso del dispositivo residencial, es firmado por el usuario que ingresa a internación así como por el familiar o referente (ver anexo 1).

En cuanto al acuerdo terapéutico del dispositivo diurno, no se requiere de la firma de un referente, sin embargo se tiene en consideración un contacto de referencia para hacer las comunicaciones pertinentes, pero el compromiso inicial lo asume quien va a asistir al dispositivo. Ambos contratos, tienen sus particularidades considerando que se trata de dos tratamientos distintos y que conllevan implicancias diferentes.

Resulta interesante remarcar que se encuentran pautadas hasta la cantidad de llamadas que pueden realizar a familiares y/o referentes en el correr de la semana así como las visitas presenciales que pueden recibir. En cuánto a esto último, el régimen indica una única visita semanal los días sábados de dos horas, encontrándose el resto de la semana restringidas, existiendo excepciones solamente frente a solicitudes evaluadas por los profesionales.

A partir de esto, es factible preguntarse ¿qué usuario espera el Portal Amarillo? Existe una distinción clara de tipos de usuarios del servicio que posibilita el análisis de cómo el estigma social influye en las percepciones así como en los procesos de rehabilitación. Por una parte, se encuentra el usuario ideal que espera la institución, siendo ese sujeto abocado a la recuperación, que no ofrece resistencias ni genera algún tipo de problema, acatando las normas y lo que los profesionales planteen para su proceso de rehabilitación. Luego, está el

usuario que quiere mostrar y proyectar hacia el afuera que va de la mano con el primero, en tanto sea un usuario que apunte a centrar su cotidianidad a la recuperación sin darle espacio al contexto y a la realidad diaria que lo acompaña, viéndose reflejado en las normas que establecen los acuerdos terapéuticos existentes en la institución.

Por último, el usuario real que llega a realizar su proceso de rehabilitación, viene con un bagaje que implica sus particularidades, contexto, cultural, social y económico, que no encaja la mayoría de las veces con ese usuario que la institución intenta reflejar hacia el afuera. ¿Qué sucede durante el proceso, en el cual se desdibuja y pasa a un segundo plano el usuario real, dándole mayor entidad y dirigiendo los esfuerzos a moldear a ese sujeto hacia el prototipo de usuario esperable en la institución? y ¿qué se busca proyectar hacia el afuera desde la institución en cuánto a la población que utiliza el servicio? Estos son algunos de los cuestionamientos que surgen reflexionando sobre los contratos terapéuticos de la institución.

Un contrato implica un compromiso por ambas partes, de quien percibe el servicio así como de quien lo brinda. Dentro de las disposiciones encontradas en el anexo del contrato terapéutico, están las pautas establecidas que debe aceptar y respetar el usuario así como las disposiciones respecto a qué servicio debe brindar el dispositivo. Se establece el compromiso del usuario a mantener una conducta responsable y adecuada, a sostener las actividades pautadas para trabajar, a ser cautelosos respecto al lenguaje que utilizan así como las conversaciones que mantendrán en el marco de su tratamiento de rehabilitación y el cuidado de sus pertenencias, estando prohibido el intercambio y/o regalo de las mismas (ver anexo 2).

El usuario firma este acuerdo comprometiéndose a realizar un adecuado uso de las instalaciones y del mobiliario, estableciendo acuerdos en áreas comunes y aceptando la organización de horarios y secciones para fumar. En este anexo, se expresan las faltas graves tal como el ingreso de sustancias, las agresiones físicas/verbales y el mantener contacto sexual con un tercero siendo motivo de derivación. También se dispone de la habitación de una habitación al ingreso al tratamiento únicamente para dormir y se comprometen al cuidado de la higiene de los espacios comunes. En cuánto a las visitas, desde el inicio se establece día y horario en que serán posibles así como cuando se trata de comunicaciones telefónicas (ver anexo 2).

4.2.2. Modelos de atención en salud y profesionales de la salud

El Portal Amarillo, basa su funcionamiento y su modalidad de abordaje a partir del modelo prohibicionista, el cual se sustenta en impedir el consumo de sustancias y tiene

como perspectiva el consumo cero por parte de los usuarios. Resulta exclusivo y reduccionista, en tanto no considera al sujeto en su integralidad, sino que por el contrario se centra exclusivamente en la prohibición de la sustancia, siendo estigmatizante (Marulanda, 2010).

Sin embargo, reflexionando respecto a la individualidad, particularidad y grupalidad que se da en los dispositivos, es que cabe cuestionar ¿dónde queda el abordaje integral y particular de cada usuario si se contempla una misma grilla de actividades de las cuales deben participar de forma obligatoria?, ¿un usuario de dieciocho años conlleva un mismo proceso de rehabilitación que uno de cincuenta y seis? Existen instancias tales como los grupos terapéuticos que se enriquecen de la participación de todos para el proceso de rehabilitación de cada uno. Sin embargo, no se encuentra tan definida la misma justificación en todas las actividades que implican las grillas elaboradas para el trabajo en los dispositivos.

El establecimiento de rutinas es un elemento que el Portal Amarillo considera importante en los procesos de rehabilitación, ya que aporta a la planificación y la estructuración en la vida de los sujetos. Establecer y armar rutinas con los usuarios también hace al proceso de deshabitación, se trata de cesar los malos hábitos y para ello las rutinas son una herramienta productiva, brindando estructura, estabilidad y minimizando exposiciones. Es entendible y productivo que cuenten con un cronograma de actividades que potencie la estructuración diaria, aspecto necesario para retomar el control en sus vidas y reinsertarse en la sociedad. Sin embargo, el cuestionamiento en este punto es ¿por qué la estructuración de las actividades de los dispositivos que se encuentran en funcionamiento en el Portal Amarillo es igual para todos?

Si la persona y el grupo de actores son centrales en el proceso, ¿por qué no se toma en cuenta cuando los mismos refieren no querer participar de ciertos talleres? deberían poder considerarse esas situaciones y tomar en cuenta las propuestas de los usuarios frente a distintos tipos de actividades y talleres posibles. Este lugar de pasividad, también se conjuga con los efectos y la influencia que producen las representaciones homogeneizantes para con los sujetos con consumo problemático, dando paso a una concepción simplista y uniforme de un fenómeno complejo y heterogéneo.

Para seguir identificando y analizando los sistemas de creencias y representaciones de los profesionales con su posterior impacto en los procesos de rehabilitación, se debe pensar en la voz del usuario que es muchas veces silenciada. La propuesta de rehabilitación es general y no contempla las distintas franjas etarias que llevan adelante el proceso y las particularidades de cada caso. Frente a los planteos de los usuarios más jóvenes,

mencionando que determinadas actividades son monótonas o reiterativas en la semana, no se acusa recibo. Incluso, han hecho propuestas de distintos tipos de talleres que podrían llevarse adelante y tampoco se obtuvo una devolución al respecto, dejándolo en un lugar de pasividad. La centralidad de los usuarios es parcial, quedando muchas veces al margen, sin poder de participación y/u opinión y esto puede verse reflejado en ciertos aspectos como por ejemplo el armado de las actividades que se llevan a cabo así como su obligatoriedad.

En relación a esto, el modelo de recuperación promueve la autonomía e impulsa la mejora de la salud y el crecimiento de la persona por medio de la participación activa. Se trata de construir a partir de las fortalezas y de brindarle la centralidad al usuario así como contemplar su entorno inmediato en esta construcción del plan terapéutico (Agrest y Drueta, 2011). Es un modelo que acoge la diversidad, permitiendo la elaboración de planes de tratamiento particulares e individuales de acuerdo a las necesidades de cada uno, a diferencia de lo que puede observarse en el Portal Amarillo.

Fue visible la diferencia existente en la mirada y la modalidad de abordar a los usuarios por parte de los trabajadores del Portal. A modo ilustrativo, esto pudo observarse con una psicóloga que había ingresado hacía menos de un año y otros trabajadores que contaban con más de diez años trabajando, con una visión más ensombrecida y pesimista. Allí es posible cuestionarse ¿por qué un profesional que hace menos años que trabaja en una institución tiene una perspectiva más esperanzadora respecto a los procesos de rehabilitación que un trabajador que se encuentra en esa misma institución hace ya muchos años?

El atravesamiento de la institución con los profesionales que allí trabajan, conlleva a un modelamiento de los pensares y proceder. Esto se relaciona con la mirada más fresca y menos pesimista de ciertos trabajadores en comparativa con otros con mayor trayectoria en el Portal Amarillo. Este aspecto en consonancia con el entramado de la vida diaria en tanto sujetos insertos en una sociedad con sus conceptos, proceder y juicios, así como la forma particular de cada profesional de trabajar, hacen al proceso de rehabilitación.

Este aspecto también se vió reflejado a lo largo de la práctica y permite identificar una de las representaciones que predominan en el ámbito y que entran en juego en la relación terapéutica. Mi propia visión, pensar y sentir respecto a los procesos de rehabilitación fue cambiando. Inicé la práctica con una gran esperanza y motivación, entendiendo que la rehabilitación era absolutamente posible y que el usuario podía volver a reinsertarse en la sociedad. Con el pasar de los meses, las vivencias, la concepción de adicto, sus respectivas representaciones así como el intercambio con los profesionales y la

institución, modificó mi perspectiva, hasta reproducir esos mismos patrones que hoy se pueden analizar a la distancia.

Las instituciones de salud, en este caso el Portal, dejan a la vista el atravesamiento que produce en sus trabajadores, generando un cambio en la visión, donde todo se vuelve más oscuro y el panorama es menos esperanzador en cuanto a la posibilidad de que un proceso de rehabilitación sea exitoso. Este aspecto se relaciona con el hecho de que somos sujetos insertos en una sociedad por lo cual, uno se ve envuelto en la rutina y el convivir, adoptando visiones, juicios y perspectivas de quienes nos rodean, alterando nuestro juicio propio.

Las corporalidades de los que trabajan en la institución, también repercuten en el sujeto, en su desarrollo y en el proceso de rehabilitación. Los discursos, los decires explícitos e implícitos para con los usuarios, impactan tanto directa como indirectamente en los mismos. Un ejemplo de ello, es cuando los trabajadores efectúan gestualidades frente algún decir o expresión de los usuarios. Si un usuario está en un grupo terapéutico, compartiendo aspectos vulnerables y sensibles y se encuentra con la mirada que juzga de quien se supone debe acompañar su proceso, así no lo exprese con palabras y sea con gestualidades, impacta en ese otro que lo recibe y puede generar efectos en su proceso de rehabilitación.

El profesional desde su postura de verticalidad y poder, asume y da por sentado que el usuario no cuenta con un compromiso real con su proceso de rehabilitación y muchas veces eso no es así. Elegir dar paso a un proceso de rehabilitación, conlleva muchas implicancias y no se puede emitir juicios ni valorar el compromiso de un usuario. Es necesario considerar el proceso del usuario en su totalidad, su contexto socio histórico y cultural así como su realidad para elaborar el plan de rehabilitación y no considerar de forma distante y fría si el mismo está comprometido con su recuperación y su proceso.

Se menciona en reiteradas oportunidades que el usuario exagera cuando se expresa, tanto cuando se refiere a la temática de drogas como a otros temas. El sujeto intenta expresarse de la mejor forma que puede en ese momento, y si es minimizado o catalogado como exagerado, mentiroso o no confiable, genera en sí que se cierre, produciendo un hermetismo que termina siendo contraproducente.

Cuando un profesional viene con su impronta y se instala desde una postura de superioridad y de saber frente a un sujeto que se encuentra expuesto y vulnerable, sucede que el mismo se encuentra avasallado por el profesional. ¿Qué ocurre a nivel interno en los usuarios cuando el profesional que trabaja con ellos en el proceso de rehabilitación se

expresa o refiere que no es posible que se recuperen y detengan su consumo de forma permanente? Este tipo de actitudes y formas de expresarse ya sea realizado de forma consciente o no por parte del profesional, repercute e impacta en el sujeto que está realizando tratamiento.

La carga no puede recaer de forma completa sobre la persona, sino que para poder trabajar desde un abordaje integral, se debe poder abordar los aspectos que hacen a su vida en general en tanto sujeto inserto en la sociedad. Este abordaje permite vislumbrar ciertos efectos que vienen de la mano con el cambio de modelo de atención, donde se intenta trascender el asistencialismo, apuntando a un cambio de visión, concepción y abordaje integral. En el paradigma de la complejidad, cambia la contemplación y la consideración del sujeto y de su proceso de salud, tomando en cuenta su contexto y realidad para el abordaje (Najmanovich, 1995).

Cobra relevancia la teoría ecológica desarrollada por Bronfenbrenner (1987) quien habla de los sistemas que componen al sujeto impactando en su desarrollo. Nos encontramos con un microsistema, siendo el más próximo al individuo y su entorno inmediato y un mesosistema, el cual ya involucra dos o más sistemas en que la persona participa de forma activa y hacen a su desarrollo. Por otra parte, el exosistema el cual es más amplio y no implica necesariamente la participación activa del individuo pero si lo afecta así como un macrosistema, siendo el más amplio e involucra la cultura y lo ideológico. Considerar estos sistemas para el abordaje del sujeto en su proceso de rehabilitación, permite considerar su contexto y sus particularidades para brindarle una atención personalizada y abocada a la recuperación.

Poder pensar estrategias de abordaje para el proceso de rehabilitación de las personas con consumo problemático de sustancias que contemplen el contexto así como sus particularidades, también permitiría una mayor participación activa en su propio proceso, apropiándose del mismo. La promoción y el incentivo de la autonomía del sujeto y de su participación en la estructuración y en el desarrollo de su proceso de rehabilitación es parte de lo que implica un modelo de recuperación, el cual va más allá de la enfermedad, apuntando a la integralidad que nos compone como sujetos (Zaraza y Contreras, 2020).

4.2.3. Efectos y tensiones en el campo de la problemática

Para ir constatando ciertos efectos así como tensiones en el campo a raíz de esta problemática, se puede pensar en el abordaje que se brinda en el Portal Amarillo, donde se trabaja desde una perspectiva de consumo cero. Consumo cero, implica no consumir ningún tipo de sustancias mientras se encuentra el sujeto concurriendo a rehabilitación, siendo que

si se detecta el consumo, debería de suspenderse el tratamiento (Vázquez, 2008). Sin embargo, puertas adentro de la institución, frente a la detección de algún consumo, sobre todo en el dispositivo diurno, no se le quita la posibilidad de continuar con su proceso.

Este hecho contradictorio, genera efectos y malos entendidos entre los usuarios, quienes no comprenden por qué se adoptan modalidades distintas según sea el caso cuando se detecta el consumo. Pese a ello, no se efectúa algún cambio, se sostiene el abordaje distinguido de acuerdo a quién sea el usuario y la situación en particular. En ocasiones, el usuario es enviado a su hogar a realizar internación domiciliaria una vez se detecta el consumo y en otros casos se sostiene al usuario en el dispositivo.

La recaída forma parte del proceso, debe ser tomada y trabajada como tal. Si consideramos el contexto y los sistemas que componen al individuo, se debería tomar en cuenta la realidad de esa persona que luego de ir al servicio de salud, vuelve a su casa, a su barrio, con la gente que lo rodea, en una realidad que muchas veces no es considerada, lo cual hace que los procesos sean generales y despersonalizados.

Existe y persiste un modelo médico hegemónico predominante que entiende al cuerpo como una entidad física mientras que la mente se encuentra relacionada al dominio espiritual, generando un reduccionismo biológico (Amigo, 2015). El modelo basa su estructura en el biologicismo y el individualismo, con una concepción metodológica positivista en el que la salud y la enfermedad son mercancías. La enfermedad es vista como un momento de quiebre, de ruptura y de diferencia que implica una relación asimétrica entre el paciente y el médico en el cual este último tiene el poder, quedando el paciente muchas veces culpabilizado de su enfermedad. La práctica se basa en la eliminación del síntoma en la que el sujeto queda en un rol pasivo (Espinosa Brito, 2013).

El predominio claro de este modelo en la modalidad de trabajo del Portal Amarillo, es evidenciable considerando la impronta médica que tienen los dispositivos, sobre todo el de internación. Se observó un enfoque en la patología para trabajar, despersonalizando al individuo, quedando esquematizado a una serie de características y de síntomas. Frente a esto, cabe cuestionar, ¿qué formación reciben esas personas que luego conforman equipos interdisciplinarios de salud y son los agentes en el campo de atención?, incluso ¿qué formación reciben los estudiantes en tanto futuros psicólogos para trabajar en un servicio de salud? Se trata de no caer en ese profesional que se sitúa desde el vértice del poder y saber, sino apuntar a un profesional que trabaje desde la horizontalidad, en co-construcción con el usuario, considerando que es quien vivencia su proceso y quien mejor puede saber y aportar para mejorar su situación de salud.

Es importante no desconocer que quienes consumen sustancias psicoactivas, por lo general, cuentan con un saber en relación a las mismas, tienen conocimiento acerca de cómo minimizar algunos efectos no deseados, saben en dónde comprar, con quiénes no consumir o compartir ese momento de consumo. Estos saberes son integrados por el paradigma de reducción de riesgos y daños, reconociendo el conocimiento de los usuarios y las usuarias en sus prácticas experimentales e intercambiados durante la comunicación con sus pares (Berterreche, 2021, p.3).

Para seguir vislumbrando parte de los efectos del cambio de modelo de atención, tomar en consideración al sujeto y su conocimiento respecto de sí y de la situación que atraviesa, permite mantener una relación asistencial de cooperación guiada. Este tipo de relación, permite que el sujeto tome un rol activo dejando la verticalidad de la relación médico-paciente, donde el profesional es el único con potestad para tomar decisiones y accionar para la salud del otro, quedando en un lugar de objeto pasivo. La relación de cooperación guiada deja a la vista uno de los efectos del cambio de modelo de atención, donde se toma al sujeto en tanto central y activo de su propio proceso de salud y recuperación, colaborando y teniendo control respecto a las decisiones y acciones que se toman (Rodríguez, 2006).

El uso del lenguaje técnico por parte de los trabajadores, hace que el usuario muchas veces tienda a retraerse. La utilización de estos tecnicismos se puede deber al hábito del profesional en su forma de expresarse, sin embargo, también puede deberse a un intento por distinguir roles, colocándose desde un lugar de poder y superioridad.

Se debe trabajar y construir desde las fortalezas de la persona, abriendo paso a un proceso que pueda tener mayor profundidad en el entendido de que el sujeto puede manejar mayor confianza y firmeza si se trabaja desde la potencialización y el aprovechamiento de sus fortalezas. Poder dejar de lado la hegemonía del profesional, así como observar las potencialidades de los usuarios, permitiría el trabajo y la construcción conjunta de un plan personalizado para el proceso de rehabilitación.

Los distintos paradigmas o modelos existentes en lo que refiere a las drogas, también se traducen en representaciones sociales sobre los usuarios, las sustancias, el vínculo con el consumo y la incidencia de los contextos.

El Portal Amarillo, cuenta con un sistema de derivación donde para ingresar a internación se necesita de la derivación de un psiquiatra, permitiendo así cuestionarnos la concepción y el lugar dado a la persona con trastorno por consumo considerando la impronta del modelo médico hegemónico que aún persiste. Si no hay un sello de un médico que certifique la necesidad de realizar un proceso de rehabilitación, no se da el pase para el ingreso a la institución. Esto, también se ve reflejado en el poder que se les da a los psiquiatras, o el lugar que ocupan en el Portal Amarillo. Son figuras de referencia, a los cuales se recurre frente a cualquier eventualidad, sobre todo cuando consideran necesario medicar a los usuarios. La hegemonía y el predominio de los psiquiatras para el funcionamiento de la institución, fue algo llamativo en esta experiencia.

Es posible reflexionar respecto a la percepción y las prácticas de los profesionales así como ciertas barreras y facilitadores, cuestionándonos sobre ¿qué ocurre con la particularidad de cada caso? y ¿qué sucede si un sujeto no cumple con los criterios tal y como son expuestos en los manuales diagnósticos? El individuo es un ser complejo que va más allá de la simplicidad que puede tener una lista de síntomas. Es un sujeto que vive y es atravesado por circunstancias que conforman su vida. También lleva a pensar respecto del usuario que recibe el Portal, ya que si no es un usuario que el psiquiatra que deriva considera que cumple con esos criterios específicos, no califica para ingresar a la institución y queda por fuera de la atención, conllevando muchas veces al desistimiento por parte de los sujetos en la búsqueda de ayuda.

A pesar del cambio de modelo de atención que intenta introducirse, persiste aún una fuerte impronta asociada al estigma que se tiene del sujeto adicto. El adicto, aún y a pesar de los cambios que se han generado en las concepciones a lo largo de los años, sigue siendo el único responsable, la persona que lleva toda la carga por ser adicto. Un sujeto considerado adicto pierde su condición de sujeto, se vuelve sujetado, dependiente de la sustancia en donde la vida desde sus aspectos más simples hasta los más complejos se encuentran asociados al consumo.

Es aquí, donde se puede vislumbrar uno de los efectos que contrae esta problemática, en tanto el sujeto pierde su capacidad de decisión y credibilidad, pierde sus derechos y su autonomía, quedando a merced de las instituciones que tienden a institucionalizarlos por períodos prolongados. Esto produce que los usuarios se acostumbren a vivir en las instituciones y se queden, amoldándose a esas circunstancias.

Lo expuesto y la mirada de los profesionales que trabajan en el servicio, cargados con juicios y conceptos estigmatizantes respecto a personas con consumo problemático, producen y reproducen lógicas asistencialistas que minimizan y reducen a las personas. A

pesar del intento de llevar adelante un cambio de modelo de atención que apunte a una mayor integralidad y a tomar al sujeto en tanto central en su proceso de rehabilitación, sigue existiendo influencia de los abordajes prohibicionistas, siendo un desafío implementar abordajes como el modelo de recuperación, que contemple el contexto así como las particularidades del sujeto.

5. Conclusiones

A lo largo del desarrollo del presente trabajo final de grado, se fue trabajando, analizando y reflexionando con las preguntas y objetivos iniciales en relación a las representaciones sociales de los profesionales en los procesos de rehabilitación de los usuarios que concurren al Portal Amarillo.

Se retoma así, el primer objetivo referido al análisis de las complejas interacciones existentes entre las representaciones sociales de los profesionales de la salud que trabajan en el servicio así como la tercera pregunta de cómo operan en los procesos de rehabilitación. Se ha podido vislumbrar por medio de la experiencia, cómo esos sistemas de creencias entran en juego en las prácticas de los profesionales, en tanto no se contempla en ciertas ocasiones los discursos e inquietudes que atañen al usuario, dejándolo en un lugar de pasividad para con su propio proceso. El profesional toma en ocasiones un posicionamiento de superioridad y verticalidad, en vez de optar por una relación de cooperación, donde el usuario participe de forma activa en su propio proceso.

Por medio de las observaciones, registros y el análisis de las vivencias y prácticas llevadas adelante en el servicio en tanto practicante, se abordó la primera pregunta de este trabajo sobre las concepciones de adicción y el sujeto adicto. Ello permitió contemplar que actúan de forma significativa tanto en la relación entre el profesional y el usuario así como en la elaboración y el planteamiento de estrategias de intervención para el trabajo. Fue posible observar cómo el usuario es reducido al consumo, sin considerar muchas veces su contexto, perpetuando el sostenimiento de la etiqueta de adicto con la cual cargan, siendo una perspectiva simplista y reduccionista de este fenómeno.

Frente a la pregunta de qué rol juega el estigma en los procesos de rehabilitación, fue posible percibir que el estigma asociado a la adicción y al sujeto con consumo problemático, afecta la percepción que tienen los profesionales de la salud respecto a los usuarios que inician un proceso de rehabilitación. El estigma existente conlleva a que los usuarios interioricen esa etiqueta que les es adjudicada y de lo cual se los culpabiliza como

únicos responsables, dejándolos de esta forma en una posición de inferioridad, conformando así también su identidad.

En relación a la pregunta de cómo el estigma social entra en juego en las estrategias de intervención, fue posible entrever que existen prácticas que pueden obstaculizar en cierta forma el proceso particular de cada usuario. En la mayoría de los casos, cuando los profesionales dejan por delante las creencias, juicios y concepciones que tienen respecto a estos usuarios, parten de una base de estigmatización, donde no se cree en una posible recuperación real, configurando en cierta forma el proceso de rehabilitación.

Respecto al segundo objetivo, la identificación de ciertas creencias y representaciones predominantes de los profesionales que trabajan en el Portal, la articulación posibilitó brindar una imagen y vislumbrar cómo el entorno institucional puede en ocasiones contribuir a la formación de un marco de intervención. Se observó que si bien pretende ser inclusivo por medio del cambio de modelo de atención que se intenta llevar adelante, termina muchas veces reproduciendo juicios y estigmatizaciones que limitan y reducen al sujeto y a las posibilidades de atención.

A pesar del intento de considerar al sujeto en su integralidad y su contexto para un abordaje que permita su participación activa, se pudieron vislumbrar así como lo plantea el tercer objetivo, ciertos efectos, barreras y facilitadores en este proceso. Por ejemplo, la presencia del modelo médico y asistencialista, el cual deja al sujeto en un lugar de enfermedad y de pasividad. En consonancia con el cuarto objetivo de este trabajo, fue posible divisar ciertos efectos y tensiones en el campo que surgen a raíz de esta problemática.

El análisis llevado a cabo, permitió observar que dentro de estos efectos y tensiones, encontramos cómo el discurso de un servicio que funciona bajo un abordaje de consumo cero, en la práctica a menudo no termina siendo tan tajante y permite la convivencia de ciertos consumos en el proceso de rehabilitación. Otros efectos que se producen en el campo, es la relación entre el profesional y el usuario, en tanto el primero debe dejar ese lugar de superioridad para abordar al usuario desde un lugar de co-construcción. El individuo es un ser complejo para el cual es necesario considerar todos los aspectos que lo componen con la finalidad de brindarle un abordaje que lo tenga como protagonista activo del mismo.

5.1. Futuros desafíos

Es fundamental continuar abordando y profundizando en esta temática que se encuentra tan vigente en nuestra sociedad y que nos compete a todos, en tanto seres que convivimos en una sociedad en la cual el consumo problemático de sustancias es imperante. Es importante considerar el impacto del nuevo modelo de atención así como las modalidades de abordajes existentes en la temática de forma tal que pueda generarse un análisis y futuros cambios en lo que es la atención de los sujetos que concurren a un servicio de salud a realizar un tratamiento de rehabilitación.

De esta forma, se podrán pensar y delinear nuevas estrategias que favorezcan la formación de los profesionales con un enfoque y una perspectiva con mayor integralidad que también promueva un entorno de trabajo en los equipos interdisciplinarios que priorice el bienestar de los usuarios y la efectividad de sus procesos de rehabilitación.

De igual forma, el poder reconocer y cuestionar nuestras propias creencias y prácticas, abre la posibilidad a la contribución para el cambio en lo que es la atención a los usuarios que utilizan estos servicios de salud de atención especializada. Es fundamental fomentar un abordaje integral y humanizado, que se ajuste a las realidades y los contextos de los sujetos que buscan realizar un proceso de rehabilitación.

Referencias

- Agrest, M., y Drueta, I. (2011). *El concepto de recuperación: La importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios*. Revista Argentina de Psiquiatría, 22,56-64. <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/61/32>
- Amigo, I. (2015). *Manual de Psicología de la Salud*. 2da Edición. Ediciones Pirámide.
- Anders, V. (s.f.). *Adicto*. Etimologías de Chile. Diccionario que explica el origen de las palabras. <https://etimologias.dechile.net/?adicto>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.
- ASSE., y Universidad de la República - Facultad de Psicología. (2009). *Convenio entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la Universidad de la República - Facultad de Psicología*. Montevideo.
https://psico.edu.uy/sites/default/files/convenio_fp-asse-2.pdf
- Berterreche, M. (2021). *Consumo problemático de sustancias psicoactivas: diálogo entre el paradigma de reducción de riesgos y daños, y la perspectiva de género*. [Tesis de Grado, Universidad de la República Oriental del Uruguay].
https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/30127/1/trabajo_final_de_grado_eugenia_berterreche%20%281%29.pdf
- Bleger, J. (1966). *Psicohigiene y psicología institucional*. Buenos Aires: Paidós, 1999.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Londres: Paidós SAICF defensa 599- Buenos Aires.
- Calvet, G. (2002). *El paradigma de la reducción de riesgos: hacia una nueva política sobre drogas*.
- Cancela, A. (2013) *Propuesta de una definición transdisciplinaria y operativa de adicción*.

Montevideo, Uruguay.

Daros, R. (2002). *¿ Qué es un marco teórico?*. Enfoques, 14(1), 73-112.

Davidson, L., y González-Ibáñez, A. (2017). *La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 37(131), 189-205. <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v37n131/11.pdf>

Dell'Acqua, C. (2012). *Modelo de Reducción de Riesgos y Daños*. En la Gestión de Riesgos: un camino hacia el abordaje de la problemática de drogas. (pp. 8-13). Uruguay: Junta Nacional de Drogas.

Espinosa Brito, A. (2013). *La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico*. En Revista Cubana de Salud Pública 39(1), 1-3. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100001&lng=es&tlng=es

Facultad de Psicología, y Universidad de la República. (s.f). *Trabajos Finales de Grado de la Licenciatura en Psicología*. https://psico.edu.uy/sites/default/pub_files/trabajo%20final%20de%20grado_WEB_1.pdf

Fernández, J. (2017) *Estigma en usuarios y usuarias de drogas*. Estrategias para combatirlo. Socidrogalcohol. Ponencia XIX Seminario RIOD. San José de Costa Rica.

Fierro, M., Rueda, L., Abraham, J., García, E., Jaimes, L., y Atuesta, J. (2003). *Psicosis y sistemas de creencias*. Revista Colombiana de Psiquiatría, 32(3), 281-292. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502003000300007&lng=en&tlng=es

Goffman, E. (1963). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires. Amorrortu

Henao, S. (2010). *Representaciones sociales del consumo de "drogas" y de las*

intervenciones respectivas en un contexto local: La Universidad de Antioquia en Medellín, Colombia.

<https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/4943/18684968.pdf?sequence=1>

Jodelet, D. (1988). *Fenómenos, concepto y teoría*.

Junta Nacional de Drogas. (2022). *2do. Foro Académico «Gestión de Riesgos y Reducción de Daños: Un desafío de las políticas públicas»*.

<https://www.youtube.com/watch?v=gbmkmHCcjeg>

Maldonado, A., y Briseño Cruz, P. (2014). *El “yo” deteriorado: estigma y adicción en la sociedad del consumo*. Espacios públicos, 17(39), 137-157.

Marulanda, M., (2010). *Prohibicionismo y drogas*. <http://hdl.handle.net/10554/682>

Mora, M. (2002). *La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici*. Athenea digital: revista de pensamiento e investigación social, (2), 078-102.

Najmanovich, D. (1995). *Redes. El lenguaje de los vínculos*. Buenos Aires: PAIDÓS.

Nuria, M. (2022). *Diferencias entre la desintoxicación y la deshabituación de una adicción*.

CC Adicciones Madrid: Centro Privado para Adicciones.

<https://www.ccadiccionesmadrid.es/cuando-es-necesaria-la-desintoxicacion-y-cuando-la-deshabituacion>


Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*.

Red Iberoamericana de Organizaciones No Gubernamentales que Trabajan en Drogas y Adicciones [RIOD]. (2019). *Estigma, consumo de drogas y adicciones. Conceptos, implicaciones y recomendaciones*.

Rodríguez, H. (2006). *La relación médico-paciente*. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(4), 0-0.

- Sepúlveda, L. (2020). *Estigma en situaciones de adicción y su repercusión en la salud*.
- Sollazzo, A., y Berterretche, R. (2011). *El sistema nacional integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 2829-2840.
- Uruguay. (2007, diciembre 13). Ley 18.211: Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>
- Uruguay. (2017, septiembre 19). Ley 19.529: Ley de Salud Mental. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- Vázquez, A. (2008). *El problema de la drogadependencia: modelos de abordaje, dispositivos de atención y paradigmas*. En XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., y Sosa, A. (2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es.
- Zaraza, D., y Contreras, J. (2020). *El modelo de recuperación de la salud mental y su importancia para la enfermería colombiana*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(4), 305-310. Epub February 20, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.10.00>

Anexo 1


Administración de los Servicios de Salud del Estado
Portal Amarillo
Carlos María de Peña 5101
Tel: 2309 1024
Montevideo - Uruguay

**Acuerdo Terapéutico
Para dispositivos Ambulatorio, Centro Diurno y Residencial**

En Montevideo, a los _____ días del mes de _____ del año _____
_____ (Usuario o representante legal), C.I. _____
domiciliado en _____ número de teléfono _____,
manifiesta su voluntad a firmar el presente acuerdo, conforme a las cláusulas que rigen
el mismo y se desarrollan a continuación:

PRIMERO: Sobre el servicio brindado. El Centro de Información y Referencia Nacional de la Red Drogas (Portal Amarillo), perteneciente al Servicio Descentralizado Administración de los Servicios de Salud del Estado A.S.S.E., es un servicio destinado al tratamiento integral de usuarios con uso problemático de sustancias (UPS) en el que se conjuga la asistencia de un equipo técnico especializado e interdisciplina, en donde la persona y el grupo son actores centrales en el proceso de rehabilitación. Se configura como un Centro de puertas abiertas en donde el tratamiento se realiza en forma voluntaria, en el cual la persona puede retirarse en cualquier etapa del mismo siguiendo el protocolo establecido.

SEGUNDO: Titular del tratamiento. El tratamiento indicado será brindado a _____, titular de la C.I. _____ domiciliado en _____

TERCERO: Designación de referente. El usuario o el representante legal si correspondiere, designa como referente para el desarrollo del presente tratamiento a _____ nombre, _____ (c.i.), _____ (grado de parentesco o relación), domiciliado en _____.

CUARTO: Inicio de tratamiento. Los tratamientos brindados en sus diferentes dispositivos (Ambulatorio, Centro Diurno y Residencial) son esencialmente voluntarios, por lo cual es necesaria una manifestación expresa del usuario para iniciar o finalizar el mismo. No están comprendidos en este régimen general, aquellos usuarios derivados por el Poder Judicial cuando se le haya impuesto un tratamiento obligatorio.

QUINTO: Información sobre tratamiento. Antes del comienzo de cada tratamiento Portal Amarillo informará al usuario o representante legal a través del equipo sobre la forma en que se realizará el mismo.

SEXTO: Declaración. El usuario o su representante legal, conoce y acepta cumplir durante el tratamiento las "Reglas de funcionamiento y Convivencia de los Dispositivos", que se adjuntan como "Anexo" e integra el presente "Acuerdo Terapéutico", entregándose en este acto copia de ambos documentos al usuario los que quedará en su poder.

SÉPTIMO: Interrupción del Tratamiento. a) Salvo casos de usuarios derivados por el Poder Judicial, el usuario o su representante legal podrán solicitar la interrupción del tratamiento y dar por finalizado el presente acuerdo, atendiendo a que el ingreso es voluntario. b) La interrupción del tratamiento en el Dispositivo Residencial debe ser pedida con una anticipación de 24 (veinticuatro) horas. c) Los pedidos y otorgamiento de interrupción no se podrán realizar durante el fin de semana. d) Cualquier otro tipo de egreso será considerado como abandono del tratamiento. e) Para los caso de abandono de tratamiento, la solicitud de reingreso estará supeditada a una valoración del equipo técnico y respetando la lista de espera de ingresos.

OCTAVO: Secreto Profesional. a) Todo lo expresado por el usuario en cualquiera de las instancias asistenciales quedará resguardado en el marco del secreto profesional, extendiendo el mismo a todos los profesionales, técnicos y funcionarios de Portal Amarillo. b) Los usuarios, representantes legales, familiares o referentes designados que participan de instancias terapéutica grupales, quedan comprometidos a mantener en confidencialidad la situación de los demás integrantes de los grupos y de las demás personas con las que puedan vincularse a lo largo del tratamiento. c) Todo lo relacionado al secreto profesional se regulará conforme a lo establecido por la Ley N° 18.335 (Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud) y Ley N° 19.286 (Código de Ética Médica) y el Código de Ética Profesional del Psicólogo.

NOVENO: Sobre los representantes legales, familiares y referentes designados. a) Los representantes legales, familiares y referentes designados serán informados y convocados frente toda situación que implique un riesgo vital o social inminente del usuario. b) Los representantes legales, familiares y referentes designados deberán responsabilizarse en concurrir a las entrevistas programadas y en colaborar activamente en todos aquellos aspectos vinculados a la rehabilitación, re inserción familiar y social del paciente. c) Frente a cualquier falta al Reglamento o Contrato Terapéutico, se notificará a su representante legal, familiar o referente designado. d) En caso de emergencias o urgencias médico-psiquiátricas, el usuario, su representante legal, familiar o referente

designado autorizan a la Institución para que La Dirección Técnica o técnicos intervinientes tomen las medidas que fueran necesarias para el caso concreto, incluyéndose la derivación a otros Centros Especializados o inter-consultas necesarias para su mejor atención, todo lo cual será comunicado en forma inmediata.

DÉCIMO: La falta a las disposiciones planteadas en el presente acuerdo y en el Reglamento de Funcionamiento y Normas de Convivencia podrá ser motivo de suspensión del Acuerdo terapéutico firmado, la cual se considerará según la opinión del Equipo Técnico y teniendo en cuenta la lista de espera para el ingreso a Portal Amarillo.

.....
Firma y aclaración del paciente

.....
Firma y aclaración
del referente familiar y/o social

Fecha:

Por Portal Amarillo:

DISPOSITIVO RESIDENCIAL
NORMAS DE FUNCIONAMIENTO Y CONVIVENCIA

1. El usuario o la usuaria se compromete a mantener una conducta responsable y de respeto hacia toda persona que se encuentre en la institución.
2. La dinámica cotidiana está pautada por horarios para actividades. Los horarios y actividades serán de conocimiento del usuario/usuaria desde su ingreso. La realización del tratamiento responde a la posibilidad de ajustarse a dicha pauta y desde allí se valorará la adherencia al tratamiento.
3. Como parte del proceso de rehabilitación se promueve la actitud responsable, atendiendo a las normas de convivencia y cuidado de las conversaciones que se establecen. Se exhorta a evitar dialogar sobre temáticas, como consumo, hechos delictivos, entre otros, situación que distancia al usuario/usuaria de la pauta terapéutica.
4. Las pertenencias son para uso personal y la responsabilidad de las mismas atañe a cada usuario/usuaria. No está permitido el intercambio, préstamo, regalo ni venta de las mismas.
5. Los/las usuarios/as deberán hacer uso adecuado de las instalaciones, materiales y mobiliario. La televisión, así como la radio son bienes de uso común, debiendo existir un consenso grupal en cuanto a usos y contenidos. Asimismo, será el personal responsable del turno, el encargado de supervisar el volumen y la programación. En los casos que la temática no se ajuste al tratamiento se solicitará apagar o cambiar de canal.
6. Los horarios para fumar están organizados en función de las actividades y supervisados por los técnicos del cotidiano.
7. Se considera falta grave: ingreso y/o consumo de sustancias psicoactivas, agresión verbal y/o física, mantener relaciones sexuales y serán motivo de derivación a otro dispositivo.
8. No están permitidas las relaciones de pareja, ya que no contribuye al tratamiento de los involucrados, descentrándolos del objetivo de la internación.

HABITACIONES:

9. Al momento del ingreso se asignará una habitación y cama por parte del personal de enfermería. Cada usuario/a podrá ingresar únicamente a su habitación y hacer uso de la cama asignada.
10. Las habitaciones permanecerán cerradas durante el día. Se abrirán para higienizarse o en los casos en que el equipo determine la necesidad de reposo.
11. Cada usuario tendrá un placar en el que podrá guardar pertenencias (ropa y artículos de higiene). Las golosinas, tabaco, mate, termo, yerba deben estar en el locker fuera de la habitación.
12. La higiene y limpieza de las habitaciones y espacios comunes no es competencia exclusiva de los/las usuarios/as, pero es central para su tratamiento su contribución y participación en dichas tareas. Deberán cumplir tareas comunitarias organizadas de forma diaria y por habitaciones.
13. El usuario o la usuaria deberá tender su cama y mantener el orden de su placar. Se ocupará de lavar su ropa. Para el único caso que la institución se ocupara de esta tarea es para la ropa de abrigo (buzos, jean, camperas) en el día horario establecido: miércoles vespertino o sábado en la mañana.

VISITAS Y LLAMADAS:

14. La visita se desarrollará el día sábado de 14 a 16 y 30 hrs cumpliendo con el protocolo vigente para visitas.
15. Los/as usuarios/as podrán realizar una llamada los días martes y jueves. Los días miércoles podrán realizar video-llamada con referentes autorizados a dichos fines. Para aquellos/as usuarios/as que tengan hijos las llamadas podrán ser diarias, independientemente de otra llamada que realice. Si el equipo lo valorase adecuado podrá tener más de una video-llamada a su hijo/a.
16. Las llamadas se realizarán hasta las 17 hrs, salvo autorización explícita del equipo social y por motivos debidamente fundamentados.
17. Se podrán coordinar visitas con referentes institucionales fuera del horario establecido para visitas (sábados de 14 a 17 hrs), Esto será coordinado por dupla psicosocial.

.....
Firma y aclaración del paciente

.....
Firma y aclaración del referente familiar

y/o social

Fecha:

Por Portal Amarillo: