



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Articulación Teórico Clínica

Modelos de atención en salud y subjetividad: Reflexiones críticas de la experiencia práctica en el Portal Amarillo.

Estudiante: Belén Hitz Romaso

C.I. 5.110.158-0

Tutor: Prof. Titular Psic. Luis Giménez

Revisora: Prof Adj. Evangelina Curbelo

Montevideo, Uruguay

Febrero 2025

ÍNDICE:

Resumen	2
Palabras clave	2
1. Introducción	3
2. Contextualización de la experiencia	4
2.1. Marco institucional	4
2.2. Servicio de Salud	4
2.3. Funcionalidades	5
3. Problema del Trabajo Final de Grado	6
4. Objetivos del Trabajo Final de Grado	7
5. Preguntas del Trabajo Final de Grado	8
6. Marco Teórico	9
6.1 Teoría de la subjetividad de González Rey y aportes de Daniel Goulart.	9
6.2. Modelos de atención en salud mental	11
6.3 Abordaje del consumo problemático de sustancias	15
7. Acuerdo terapéutico, Reglamento de Normas de Funcionamiento y Convivencia y Ley N° 18335	17
8. Articulación teórico-clínica	19
8.1. Análisis de la experiencia en base a la teoría	19
8.1.1 Enfoques en el abordaje de los consumos problemáticos	19
8.1.2 Concepción de sujeto y Teoría de la Subjetividad	21
8.1.3 Modelo de atención asistencialista/tutelar y modelo de atención integral	24
8.1.4 Acuerdo terapéutico y Ley N° 18335	26
9. Consideraciones finales	27
9.1. Reflexión acerca de las líneas de análisis seleccionadas	27
Referencias	29
Anexo 1	32
Anexo 2	35

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo realizar un análisis teórico-clínico sobre el modelo de atención en salud mental y el enfoque de abordaje del consumo problemático de sustancias, a partir de la experiencia de práctica pre-profesional en el servicio de salud Portal Amarillo.

Para ello, se desarrolla un marco teórico que indaga distintos modelos de atención en salud mental, como el modelo de atención asistencial/tutelar y el modelo de atención integral. Así como los enfoques de abordaje del consumo problemático de sustancias desde el paradigma de reducción de daños y el paradigma prohibicionista. Se profundizará en la concepción de sujeto que orienta el abordaje que realizan los profesionales del servicio, tomando como referencia el acuerdo terapéutico y el reglamento de normas de funcionamiento y convivencia que guía las prácticas institucionales.

Desde una perspectiva crítica y reflexiva, se incorporan los aportes de la teoría de la subjetividad de González Rey y de Daniel Goulart, quien propone un modelo de abordaje basado en la construcción de nuevas relaciones sociales dentro de las instituciones, a través de un vínculo dialógico, integral y reflexivo.

El análisis de la experiencia podría entenderse como la evidencia de ciertas limitaciones en las prácticas del servicio Portal Amarillo, tales como la falta de cohesión, transparencia y cuestionamiento en las estrategias de abordaje y en la relación con los usuarios en tratamiento. Se observa que, a través de discursos y prácticas institucionales, se refuerzan las debilidades de los usuarios y se limita el alcance de la atención brindada en el contexto del consumo problemático de sustancias.

Finalmente se concluye que el abordaje de consumo problemático de sustancias en el Portal Amarillo se atiende desde un modelo de abordaje prohibicionista y asistencialista. Aunque, institucionalmente se promueve el enfoque de abordaje integral, en la práctica esto nos interroga acerca de esta modalidad de abordaje, donde se restringe la autonomía y desatiende la complejidad de las realidades de los usuarios. Por lo tanto, se hace necesario revisar las estrategias de intervención y las modalidades de abordaje para garantizar un tratamiento más humanizado y multidisciplinario, con enfoque en los derechos humanos de los usuarios.

Palabras clave

Modelos de Atención- Consumo problemático de sustancias- Reducción de riesgos y daños- Subjetividad- Prácticas institucionales.

1. Introducción

El presente Trabajo Final de Grado surge de la experiencia en la práctica de graduación en la Licenciatura en Psicología desde febrero de 2023 a enero de 2024. Esta práctica se llevó a cabo en el servicio de salud Portal Amarillo, Centro Nacional de Información y Referencia de la Red de Drogas. El servicio opera en el Tercer nivel de atención y se especializa en el tratamiento de personas con consumo problemático de sustancias.

La práctica se desarrolló en el marco del Convenio entre la Facultad de Psicología y la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) para la implementación del Programa de Practicantes y Residentes en Psicología. A través de este convenio, se facilita la inmersión en el ámbito de la salud mental, permitiendo a los estudiantes adquirir experiencia práctica y conocimiento valioso en un entorno profesional.

La experiencia adquirida durante esta práctica ha despertado un profundo interés en reflexionar acerca de la configuración subjetiva de las instituciones de salud mental. En este contexto, surge la inquietud de analizar la estructura y funcionamiento de estos servicios, tomando como referencia el Portal Amarillo para indagar sus avances y retrocesos en relación con los modelos de abordaje en salud mental y el enfoque de abordaje del consumo problemático de sustancias. A partir de la mirada crítica de lo observado, se articulará con la Teoría de la subjetividad de González Rey, así como de los aportes realizados por Daniel Goulart.

Este trabajo sintetiza las distintas conceptualizaciones que se hacen desde la Teoría de la Subjetividad, se desarrollarán los modelos de abordaje en salud mental, sus transformaciones y las convicciones subyacentes. Asimismo, se examinarán los distintos enfoques en el tratamiento del consumo problemático de sustancias. En las secciones siguientes del trabajo se contextualiza la práctica realizada, se presentará la problemática central del Trabajo Final de Grado y se establecerá el marco teórico que se utilizará para abordar dicha problemática. La metodología adoptada será una articulación teórico-clínica, permitiendo generar conocimiento a partir de un marco teórico sólido y de la experiencia práctica adquirida.

Este Trabajo Final de Grado no sólo pretende aportar una comprensión de los modelos de atención en el campo de la salud mental y de los enfoques en el abordaje del consumo problemático de sustancias, sino también contribuir a la reflexión crítica en cómo se configura la subjetividad en el servicio de salud Portal Amarillo, a través de ciertas observaciones y prácticas institucionales.

2. Contextualización de la experiencia

El Programa de Practicantes y Residentes de Psicología en Servicios de Salud se implementó a partir del año 2010 en la Administración de Salud del Estado (ASSE). El programa del practicantado selecciona 36 estudiantes mediante una postulación en la página de concursos de la Universidad de la República (Udelar). Tiene una duración de un año con 40 horas semanales, las cuales son distribuidas 25 horas en el servicio y 15 horas académicas.

2.1. Marco institucional

El convenio que se celebra entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la Universidad de la República- Facultad de Psicología (2009) establece dentro de sus objetivos la formación de recursos humanos en salud, específicamente psicólogos, con los niveles de calidad y actualización requeridos por la sociedad uruguaya y acorde a los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). En su segundo punto establece, la producción de conocimientos psicológicos en el campo de la salud, que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población uruguaya.

El convenio marca un hito en la cooperación entre la Universidad y las instituciones prestadoras de servicios de salud. Al decir de Bianchi, et al., (s/f) estos programas permiten ajustar las necesidades de formación de acuerdo a las exigencias y requerimientos del perfil de los profesionales que desempeñan en el marco del nuevo sistema de salud. En 2008, comienza a funcionar el Sistema Nacional Integrado de Salud a través de la Ley N° 18211 que plantea con claridad algunos principios de acuerdo a la conceptualización de la salud como derecho humano.

Al decir de Bianchi, et al., (s/f) cursando el año 2010 se implementa el convenio del programa en un contexto de reforma de la salud bajo el primer gobierno de izquierda y una segunda reforma universitaria que busca democratizar el conocimiento y fortalecer la enseñanza, investigación y extensión para abordar los problemas sociales.

Perea, et al., (2018) destacan que los objetivos académicos son delimitar problemáticas de interés que posibiliten enriquecer y profundizar el proceso de cambio de modelo de atención en el marco de la reforma de la salud. Por último, impulsar investigaciones disciplinares en el campo de la salud que impacten de manera positiva en la calidad de atención de los servicios, en las prácticas profesionales y en los procesos formativos.

2.2. Servicio de Salud

La practica se desarrollo en el servicio de salud Portal Amarillo, Centro Nacional de Información y Referencia de la Red de Drogas, dependiente de ASSE que opera en el tercer nivel de atención. Tal como plantean Vignolo, et al., (2011) el tercer nivel de atención se enfoca en tratar y resolver problemas con menor prevalencia, los cuales generalmente son patologías complejas que requieren procedimientos especializados y el uso de alta tecnología. Este es un servicio que se enfoca especialmente en el abordaje de personas con consumo problemático de sustancias, de alta especialización que ofrece una cobertura a nivel nacional a usuarios de ASSE por ser un centro de referencia, ubicado en la calle Dr. Carlos María de Pena 5101, en el barrio Nuevo París, Montevideo, Uruguay.

2.3. Funcionalidades

El Servicio en el cual fue llevada a cabo la práctica se inauguró en el año 2006. Al momento de inserción en el Portal Amarillo, el mismo contaba con dos dispositivos en funcionamiento: el Centro Diurno y el Residencial.

El Centro Diurno está dirigido a personas mayores de 18 años que son usuarios de ASSE, ofreciendo un tratamiento integral con abordajes grupales, individuales y familiares. En este espacio los usuarios asisten cotidianamente a las distintas propuestas que el mismo espacio ofrece, en determinado horario y con actividades pautadas, contando para ello con un equipo interdisciplinario. Debido a la ausencia de psiquiatra, el usuario es georeferenciado a su centro de salud más cercano a su domicilio para que pueda ser asistido. El objetivo del Centro Diurno es promover la transformación de la persona en su experiencia de vida, fomentando hábitos saludables y construyendo, en conjunto, un proyecto de vida con inserción socioeducativa y laboral.

El dispositivo Residencial por su parte, se encarga de la desintoxicación y deshabitación de quienes no pueden detener su consumo de manera ambulatoria. Cuenta con aproximadamente 40 camas, de las cuales 15 están reservadas para adolescentes derivados del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU). La internación y permanencia en ambos dispositivos dependen de la voluntad del usuario, quien puede abandonar el Residencial y el Centro Diurno, cuando lo desee sin necesidad de un alta médica. Este proceso de tratamiento se realiza en un tiempo prolongado, aproximadamente se estima unos tres meses dependiendo de los objetivos. Para su tratamiento, cuenta con un equipo interdisciplinario a su disposición y una grilla de actividades con horarios establecidos para que el usuario participe de las mismas. El dispositivo no trabaja con sujetos privados de libertad ni con internaciones compulsivas.

Para iniciar el tratamiento en alguno de estos dispositivos, se realiza una entrevista inicial o comité de recepción en donde se efectúan una serie de preguntas y se procede a

explicar la modalidad de abordaje y de trabajo en el servicio. Antes de culminar el encuentro se presenta un documento que funciona como acuerdo terapéutico y reglamento de funcionamiento y normas de convivencia, en donde el usuario debe cumplir lo establecido allí o de lo contrario será motivo de suspensión del tratamiento.

Los tratamientos en ambos dispositivos están acompañados de un tratamiento farmacológico que el usuario debe cumplir y recurrir a consulta externa al centro, en el caso de los usuarios que asisten al Centro Diurno.

Ambos dispositivos de atención funcionan dentro de la misma institución, pero de manera fragmentada, es decir, por lo general el Centro Residencial realiza derivaciones al Centro Diurno. Sin embargo, al momento de abordar distintas cuestiones que hacen al equipo de trabajo y la atención de usuarios lo hacen de manera separada. Cada dispositivo programa una reunión de equipo semanal, la cual se realiza los días martes en distintos espacios. Por un lado, la reunión de equipo del Centro Diurno se realiza a las 08:00hs, por otro, la reunión del Residencial se realiza a las 10:00 hs.

Además, el Portal Amarillo ofrece un servicio de ayuda telefónica gratuita al *1020, disponible las 24 horas, que proporciona información, apoyo y contención a personas con consumo problemático, familiares o referentes.

En el año 2023, el Centro estaba en proceso de reformas edilicias para habilitar una Unidad de Desintoxicación, que funcionará como una puerta de emergencia para el tratamiento de esta problemática.

Ambos dispositivos del servicio buscan brindar atención en lo que refiere a la reinserción sociolaboral y educativa. Para ello se trabaja con talleres que apuntan al entrenamiento de habilidades sociales, comunicación, resolución de problemas y manejo de emociones. De esta manera, es que intenta abordar aspectos sociales, laboral, económico, familiar, entre otros.

En el planteo institucional se afirma concebir al sujeto como un ser complejo que es atravesado por distintas dimensiones de la vida. De este modo, se intentaría realizar un abordaje integral, que no solamente centre su mirada en la enfermedad o en su problema a tratar. Por tanto, se abordarían diversas problemáticas que atraviesan al sujeto más allá del consumo problemático de drogas. Si bien el consumo de sustancias es el eje central del tratamiento, también se atienden y asisten otros emergentes, empleando diversas estrategias de atención y procesos de tratamiento con los usuarios.

3. Problema del Trabajo Final de Grado

El problema que aborda este trabajo surge de la inquietud generada tras haber observado ciertas inconsistencias en el modelo de atención y en el enfoque de abordaje del

consumo problemático de sustancias por parte de los profesionales de la salud en el Portal Amarillo. Estas inconsistencias podrían entenderse como la falta de un marco teórico y práctico que unifique las estrategias de intervención, esto nos interroga acerca de la manera en que se concibe y en el trato que reciben los usuarios.

La Problemática del TFG refiere a las relaciones existentes entre las modalidades de abordaje del consumo problemático de sustancias y la subjetividad de los usuarios en su proceso de tratamiento. Para su análisis, se tomará en cuenta el acuerdo terapéutico y el reglamento de normas y funcionamiento de convivencia, estos documentos establecen expectativas y normas que los usuarios deben cumplir, configurando determinado enfoque de intervención y una concepción implícita del sujeto que la institución espera. Así mismo, en el análisis se utilizarán discursos y registros que fueron recopilados durante la práctica realizada en el servicio.

4. Objetivos del Trabajo Final de Grado

El objetivo general de este Trabajo Final de Grado es analizar el modelo de atención en salud mental y el enfoque en el abordaje de consumo problemático de sustancias del Portal Amarillo, integrando los aportes de la Teoría de la subjetividad de González Rey para reflexionar sobre la configuración subjetiva presente en este contexto.

Cómo objetivo específico se pretende examinar los distintos modelos de atención en salud mental a través de una revisión del modelo de atención asistencial/tutelar y la propuesta de atención integral, identificando las tensiones que persisten entre estos enfoques y sus ejes de transformación. También, se analizarán los enfoques en el abordaje de los consumos problemáticos para reflexionar cómo se gestionan las tensiones en el Portal Amarillo y cómo se implementan distintas estrategias de intervención y abordaje en el tratamiento de los usuarios con consumo problemático de sustancias. Asimismo, se plantea poder analizar las prácticas de los profesionales de salud a cargo del tratamiento de las personas usuarias, a partir de los discursos implícitos y explícitos que emergen dentro de la institución, los cuales construyen una concepción de sujeto y transmiten expectativas hacia los usuarios, enmarcados en la Teoría de la Subjetividad de González Rey, quien presenta determinadas nociones (subjetividad individual, subjetividad social, sentidos subjetivos, entre otras) para pensar las dinámicas subjetivas en contextos de atención.

En este marco, se analizará de qué manera los derechos establecidos en la normativa sobre los Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud (Ley 18335) están presentes en las prácticas institucionales de los dispositivos del Portal Amarillo. Se busca reflexionar sobre cómo estas prácticas institucionales no solo influyen en el tratamiento y en la atención, sino también en la subjetividad de las personas usuarias,

visibilizando que las instituciones no solo abordan problemas de salud, sino que también contribuyen a construir realidades subjetivas que atraviesan tanto los tratamientos como la vida de los usuarios.

5. Preguntas del Trabajo Final de Grado

El abordaje del consumo problemático de sustancias es un desafío central en los servicios de salud mental ya que el enfoque de tratamiento determina las estrategias que se implementan. En este contexto, es que surge la pregunta ¿cómo se concibe en el Portal Amarillo el consumo problemático de sustancias y cuál es el enfoque de abordaje para su tratamiento? Debido a que es un servicio especializado en la atención a la problemática configura su modelo de atención. Asimismo, se indaga respecto a ¿qué concepciones de sujeto sustenta la práctica de los profesionales en el servicio de salud Portal Amarillo?

En este sentido, la teoría de la subjetividad se presenta como un marco teórico sólido para problematizar el modelo de atención vigente y la implicancia que tiene en la experiencia de los usuarios que transitan por el Servicio. ¿Qué aportes de la Teoría de la Subjetividad podrían enriquecer la comprensión del modelo de atención aplicado al servicio de salud Portal Amarillo?

Otras de las preguntas centrales que guía este trabajo es ¿en qué medida el Portal Amarillo promueve un modelo de atención integral centrado en el usuario? o por el contrario, ¿persiste el modelo de atención asistencial/tutelar que restringe la autonomía de la persona? ¿Qué prácticas o procedimientos específicos en el proceso de tratamiento permiten sustentar la hipótesis de la persistencia del modelo de atención asistencialista/tutelar en el Portal Amarillo?

Asimismo, se indagará respecto ¿cómo se evidencia la Ley N° 18335 en el acuerdo terapéutico y el reglamento así como en qué medida coincide o se diferencia de los derechos establecidos por la Ley de las condiciones reales de convivencia y atención en el Portal Amarillo? Por último, ¿cómo afecta a los usuarios el hecho de conocer o no sus derechos según la Ley N° 18335 durante el proceso de tratamiento?

A partir de estas interrogantes, se buscará aportar desde una mirada crítica sobre las prácticas y el modelo de atención del Portal Amarillo, identificando aspectos que requieren ser revisados para avanzar hacia un modelo de atención que contemple de manera efectiva las dimensiones subjetivas y sociales de los usuarios, enmarcado en un enfoque integral y de derechos humanos.

6. Marco Teórico

El marco teórico está desarrollado con el objetivo de poder darle un contexto y estructurar el problema planteado en el Trabajo Final de Grado. Su propósito es brindar aspectos teóricos que sirvan de base para la articulación con la experiencia adquirida durante la práctica, reconociendo que el problema planteado adquiere significado a partir de su relación con la perspectiva teórica planteada.

6.1 Teoría de la subjetividad de González Rey y aportes de Daniel Goulart.

La subjetividad desde esta teoría, aparece como un sistema complejo, ya que no se refiere únicamente al individuo, sino que también se integra procesos subjetivos que organizan las relaciones sociales.

Según González Rey y Martínez (2017) la noción de subjetividad “(...) está relacionada con la posibilidad permanente de crear nuevas realidades culturales así como también se relaciona con los efectos colaterales que pueden ser totalmente destructivos, estas maneras engendran constantemente diferentes formas de subjetivación” (Goulart, D. 2019, p:48) Por ende la dinámica subjetiva, trata dos dimensiones que están implicadas mutuamente: la subjetividad individual y la subjetividad social.

Por un lado, Goulart (2019) hace referencia a González Rey (2003) quien define a la subjetividad individual como “(...) los procesos y formas de organización subjetiva del individuo, que incorporan, contradicen o confrontan permanentemente los espacios sociales de subjetivación. En este nivel emergen las historias singulares que conforman a los distintos individuos” (p.52).

Por otro lado, la subjetividad social de acuerdo a González Rey (2015) es “(...) el entramado que integra los espacios sociales, los cuales se configuran en la dimensión subjetiva de individuos, grupos e instituciones, convirtiéndose en razones de lo que acontece dentro de un escenario social” (p.53).

González Rey (2022) plantea que en la definición de subjetividad, proceso y organización se relacionan a través de la tensión entre los sentidos subjetivos y las configuraciones subjetivas. Los sentidos subjetivos se definen como las expresiones de las vivencias y desdoblamiento simbólicos que surgen al experimentar una experiencia en concreto. Según el autor, los sentidos subjetivos son dinámicos y generan configuraciones subjetivas relativamente estables que otorgan valor subjetivo a hechos, relaciones y personas. González Rey (2006) también define a las configuraciones subjetivas como “las formaciones psicológicas complejas que caracterizan a las formas más estables de organización de los sentidos subjetivos” (p.40). Las experiencias, como parte de estas

configuraciones subjetivas que se generan en su curso, determinan lo que sentimos, recordamos y representamos.

Los servicios de salud mental, como los que ha investigado Goulart (2019) con base en la teoría de la subjetividad, son entendidos como sistemas sociales subjetivos, dentro de los cuales diversas configuraciones sociales subjetivas están entrelazadas entre sí a través de prácticas interactivas, discursos, lenguaje y representaciones sociales.

Daniel Goulart (2019) ha notado cómo en ocasiones se bloquea el proceso de subjetividad individual, paralizando las posibilidades de emergencia, es decir, en ocasiones a los usuarios de los servicios de salud mental son reducidos a la condición de "objetos" de procedimientos técnicos, eliminando prácticamente todas sus posibilidades participativas y de iniciativa personal.

En esa reducción que se realiza por parte de los procedimientos técnicos, Goulart (2019) señala indicadores de descrédito hacia las posibilidades del otro, quien es reducido a un objeto bajo vigilancia y control, convirtiéndose en responsabilidad técnica del profesional. Esto se refleja en expresiones como "el paciente es mío", que refuerza esta relación asimétrica.

Según Goulart y González Rey (2019) citado en Goulart (2019) mencionan que:

La intención es promover procesos de desarrollo y cambio capaces de sustituir las dinámicas normativas y prescriptivas que suelen dominar el funcionamiento institucional de los servicios de salud mental. Se trata de promover una lógica de transformación, en detrimento de una lógica basada en la enfermedad mental y la exclusión social (p.58).

El enfoque que trazó Daniel Goulart (2019) es un enfoque crítico a las prácticas frecuentes en los servicios de salud mental, tras haber realizado una investigación empírica en los servicios de salud mental de Brasil acompañado por un equipo técnico de profesionales. Su objetivo fue elaborar un modelo teórico que apoye el desarrollo subjetivo, destacando la relevancia del diálogo como recurso epistemológico y metodológico clave para que los individuos puedan tomar un rol activo en el proceso de su tratamiento. Implementando para ello un enfoque que apunta a un modo de trabajo que sea establecido a partir de una relación y un vínculo dialógico, desde una mirada crítica a la atención que ofrecen los servicios de salud mental.

Lo que busca producir esta mirada crítica a los modelos de atención es rescatar lo singular de la historia y cómo se despliega en el vínculo dialógico que se establece con el otro en el proceso de tratamiento. Desde este modo de trabajo, el foco no está puesto en el diagnóstico, es decir, no habla de los síntomas que lo homogeneizan con tantos otros, sino

que busca hablar lo que en su historia tiene un significado particular respecto al síntoma. No obstante, a pesar de que puedan existir puntos comunes, por ejemplo, en el diagnóstico consumo problemático de sustancias (adicción), cada caso es único y singular en su historia (Goulart,2019).

6.2. Modelos de atención en salud mental

Para abordar los modelos de atención en salud mental, en primera instancia se tomarán algunas conceptualizaciones que hace De Lellis (2015) quien define y conceptualiza el modelo de atención asilar/tutelar y el modelo de atención integral.

Se propone un cuadro en donde se sintetizan los aspectos más salientes del modelo asistencialista/tutelar por haber generado respuestas ineficaces a los problemas en salud mental; y en lo que respecta al modelo integral se destacan aspectos que son considerados como aquellos capaces de contribuir a la inclusión social.

Cuadro 1

Modelos de atención en salud mental

Dimensiones	Modelo Asistencialista/tutelar	Modelo Integral
Capacidades del sujeto con padecimiento mental	Centrado en la protección de la discapacidad mediante medidas de tutela y rehabilitación psicofísica	Presunción de capacidad y administración de los sistemas de apoyo necesarios para compensar las limitaciones
Regímenes de internación	Escasamente controlada	Criterios y medidas para la protección de las internaciones
Criterio de internación	Criterio de peligrosidad como motivo de internación	Criterio de riesgo como motivo de internación
Modelo de atención	Institucionalización prolongada	Desinstitucionalización, intersectorialidad y articulación de redes de servicios
Dimensión ética	Centrada en la beneficencia	Respeto a los derechos de los

		pacientes y con criterios de equidad social
Equipo de salud	Hegemonía y fragmentación disciplinaria	Interdisciplinariedad y horizontalidad de las prácticas, con inclusión de profesionales y técnicos no convencionales

Nota. Reproducido de “Un nuevo paradigma en salud mental: ejes de la transformación”, por De Lellis (2015), en *Perspectivas en salud pública y salud mental* (p. 85-119).

De Lellis (2015) señala que el modelo asilar/tutelar, hegemónico durante años, se basaba en un paradigma de control social que aislaba a las personas con padecimientos mentales graves, considerados “inrehabilitables” o incluso “ineducables” en el siglo XX.

Stolkiner y Rosales (2023) plantean sobre la concepción de manicomio:

El manicomio no es un establecimiento sino una institución, o sea una forma social establecida que pauta determinadas relaciones. Por ende, lo manicomial se puede repetir en todas aquellas prácticas donde una persona es objetivada y pierde sus derechos y el valor de su palabra en nombre de su “estado mental”. Puede así irradiar a otras relaciones sociales y trasladar la estigmatización a otros escenarios (p.19).

La institución asilar objetifica a las personas que sufren, resultado de un modelo científico que asocia los trastornos con una alteración biológica, y promueve la aceptación pasiva de su diferencia frente a la norma (Basaglia, 1985, citado en Goulart y González Rey, 2020).

De Lellis (2015) señala que las instituciones del sistema de atención no han resuelto las crisis subjetivas, muchas veces ligadas a procesos vitales y han perpetuado prácticas segregativas en el tratamiento del sufrimiento mental, reforzando la estigmatización en la sociedad. Aunque la fragmentación disciplinaria, las hegemonías en criterios injustificados y las disputas corporativas, han dificultado el trabajo integrado y “en equipo”, estas limitaciones representan una oportunidad para desarrollar propuestas que brinden respuestas multidimensionales, articuladas y complejas a las problemáticas prevalentes en salud mental. Resalta la importancia de adoptar lineamientos interdisciplinarios que actualicen la formación

académica y continua de los recursos humanos encargados de implementar las políticas públicas en salud mental.

La transformación del objeto de la psiquiatría implica reemplazar la dicotomía salud/enfermedad por la concepción existencia/sufrimiento, vinculadas a las relaciones humanas en el cuerpo social. Esto exige alternativas teóricas y prácticas, junto con la organización de las instituciones involucradas (Amarante, 1995; Santiago, 2009, citado en Goulart y González Rey, 2020) .

Goulart y González Rey (2020) señalan que la lógica biomédica, centrada en el discurso sobre la enfermedad, sigue siendo hegemónica y guía las prácticas institucionales. Esto lleva a que muchas instituciones conserven una lógica manicomial, promoviendo la dependencia de los usuarios al servicio.

Stolkiner y Rosales (2023) afirman que, aunque surgen propuestas alternativas, el modelo asilar manicomial persiste hasta entrado el siglo XXI, coexistiendo con nuevas formas de medicalización de la vida y de segregación. Plantean que el sufrimiento psíquico debe abordarse reconociendo la capacidad, autonomía y potencial de las personas en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado. Describen la salud mental como un campo diverso de prácticas sociales que surge como respuesta, propuesta de transformación o alternativa al modelo asilar manicomial, creado en la modernidad occidental como respuesta a la problemática de la “locura”.

Avanzar hacia una salud integral, requiere redefinir conceptos basados en prácticas comunitarias y con enfoque de derechos. Sin embargo, persiste la visión hegemónica de la salud como ausencia de enfermedad y de la enfermedad como anormalidad, legitimando una relación de poder asimétrica en la atención individual como en las acciones dirigidas a cuidar la salud de la población (Stolkiner y Rosales, 2023).

Destacan la reducción biologicista e individual de este modelo de atención, que ignora las dimensiones subjetivas y sociales del sufrimiento, y establece una relación de poder asimétrica que excluye tanto el conocimiento como la palabra misma del usuario (Stolkiner y Rosales, 2023).

Goulart y González Rey (2020) mencionan que “(...) una expresión de la lógica manicomial persistente, que todavía está presente en la vida de los usuarios, no en forma de muros y rejas, sino en la calidad de las producciones subjetivas en el curso de sus experiencias institucionales” (p.19).

La Ley de Salud Mental de Uruguay N° 19529 en su artículo N° 17 hace referencia a que:

El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, en coordinación desde ese ámbito hacia los niveles de mayor

complejidad cuando sea necesario. Esta atención se realizará en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial y estará orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales (Uruguay, 2017).

En su artículo N°37 y N°38 establece que:

Se impulsará la desinstitutionalización de las personas con trastorno mental, mediante un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes, las que serán sustituidas por un sistema de estructuras alternativas. Se entiende por estructuras alternativas, entre otras, los centros de atención comunitaria, los dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación e integración psicosocial. Las estructuras alternativas no podrán reproducir las prácticas, métodos, procedimientos y dispositivos cuyo único objetivo sea el disciplinamiento, control, encierro y en general, cualquier otra restricción y privación de libertad de la persona que genere exclusión, alienación, pérdida de contacto social y afectación de las potencialidades individuales.

Respecto a los establecimientos asilares y monovalentes, queda prohibida su nueva creación y los ya existentes deberán ajustarse a lo que prescribe la Ley hasta la sustitución definitiva de dispositivos alternativos. Se establecerán acciones para el cierre definitivo de los mismos y el cumplimiento no podrá exceder temporalmente el año 2025 (Uruguay,2017).

En lo que respecta al campo de la atención en drogas, la misma Ley en su artículo N°5 establece que:

El consumo problemático de sustancias psicoactivas, en tanto su naturaleza es multidimensional, será abordado en el marco de las políticas de salud mental desde una perspectiva integral que incluya la reducción de riesgos y daños, la atención psicosocial, la integración educativa y laboral, la gestión del tiempo libre y el placer y la atención de los vínculos con referentes socio afectivos en los ámbitos familiar y comunitario (Uruguay, 2017).

La Ley N° 18335 sobre los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud en el Artículo N°2 hace referencia a que se debe garantizar el derecho a un trato igualitario, prohibiendo cualquier forma de discriminación. Asimismo, en su Artículo N° 6 reconoce el derecho a una atención integral en todas las etapas del cuidado de la salud. En el Artículo N°11 establece que los procedimientos médicos deben ser acordados con el paciente mediante el consentimiento informado, el cual puede revocarse en cualquier momento. Esta Ley también garantiza un trato respetuoso y digno, evitando el dolor innecesario y prohibiendo actos médicos que vulneren su integridad así como otorgarle al paciente el derecho a conocer su estado de salud, la evolución de su enfermedad y quienes intervienen en su tratamiento (Uruguay, 2008).

6.3 Abordaje del consumo problemático de sustancias

Existen distintos paradigmas desde los cuales abordar el consumo de sustancias psicoactivas. El paradigma biomédico explica cómo el cerebro humano mediante los mecanismos de recompensa, desarrolla conductas perjudiciales bajo el efecto de las drogas. En este contexto, la neuroplasticidad favorece la tolerancia, el síndrome de abstinencia y la dependencia física (Apud y Romaní, 2016).

Rubel, et al., (2023) señala que, desde la década de 1960, surge un modelo de gestión médico-sanitarista que aborda la adicción como una enfermedad, reformulando con los hallazgos neurocientíficos bajo la idea de “enfermedad cerebral”. Según Apud y Romaní (2016) van a decir que siguiendo a Kuhn, el tratamiento de las adicciones atraviesa un cambio de paradigma, que reconoce la complejidad del fenómeno, incluyendo factores neurobiológicos, psicológicos y sociales.

Rubel, et al., (2023) agrega que las historias de vida de quienes enfrentan consumo problemático, están marcadas por condiciones precarias, falta de acceso a derechos básicos y fragmentación social, lo que agrava su situación. Agrega que es necesario dirigir las prácticas hacia enfoques singulares y comunitarios que permitan el acceso, la restitución y el ejercicio de los derechos, cuestionando de manera colectiva los imaginarios sociales sobre los consumos y las personas usuarias de drogas (Rubel, et al., 2023).

Romaní (2008) sostiene que para entender los efectos del consumo deben considerarse tanto las drogas como su contexto, dado que se trata de un fenómeno plural vinculado a coyunturas históricas y culturales. En línea con Touzé (2006) propone un enfoque multidimensional que integra la relación entre sujeto, contexto y sustancia, así como las múltiples determinaciones histórico-culturales. El fenómeno de las drogas está cada vez más definido por construcciones sociales, culturales, económicas y políticas negociadas en un marco histórico.

Del Olmo (1988, citado en Rubel, et al., 2023) va a decir que lo relevante son los discursos contruídos en torno a las drogas, los cuales, con un fuerte componente moral, determinan lo aceptable y lo inaceptable, producto de una construcción histórica.

Rubel, et al., (2023) aborda los distintos paradigmas existentes en cuanto al abordaje y sus perspectivas en relación al fenómeno consumo problemático de sustancias. Señala que el paradigma prohibicionista, centrado en la abstinencia, fue durante mucho tiempo el único enfoque de intervención frente al fenómeno de las drogas. A finales del siglo XX, surgieron críticas hacia este modelo y comenzaron a desarrollarse prácticas basadas en la reducción de daños. Actualmente, ambos paradigmas coexisten, generando tensiones en los discursos y en las formas de abordar los consumos problemáticos (Rubel, et al., 2023).

Los enfoques prohibicionistas centrados en la abstinencia han evidenciado limitaciones significativas, ya que no han reducido el consumo problemático de drogas y han fomentado representaciones sociales negativas sobre las personas usuarias que inciden en el sostenimiento de la exclusión social (Galante, et al., 2009; Benedetti, 2015).

Surge como forma de atención alternativa, el paradigma de reducción de daños, al decir de Galante, et al., (2009) este paradigma propone la disminución de los problemas que se asocian al consumo de drogas, ya sea de la salud, sociales y legales. A diferencia del paradigma prohibicionista, se propone objetivos intermedios, alcanzables a corto y mediano plazo, lo cual irá permitiendo la modificación sustancial de la conducta de las personas que consumen.

Según La Organización de los Estados Americanos (2006, citado en Rubel, et al., 2023) el paradigma de reducción de daños busca minimizar los efectos sociales, económicos y de la salud del consumo de drogas sin necesariamente reducir su uso. Se enfoca en mitigar los riesgos asociados al consumo y su entorno, complementando la prevención y el tratamiento, y atendiendo las consecuencias negativas en la salud, las relaciones y la vida cotidiana de las personas usuarias.

Benedetti (2015) menciona que desde esta perspectiva, el sujeto es definido como activo y responsable por sus prácticas al que tenemos que abrir espacios de escucha y posibilidades para que se pueda preguntar sobre qué le está pasando y qué le pasa con su práctica de consumo.

Cuadro 2

Modelo de abordaje del consumo problemático de sustancias

Aspectos	Paradigma Prohibicionista	Paradigma de Reducción de Daños
----------	---------------------------	---------------------------------

Enfoque general	Abstencionismo y criminalización del consumo	Minimización de riesgos y daños asociados al consumo
Objetivos	Eliminar el consumo problemático	Reducir los problemas ocasionados, de salud, social y legal
Visión del sujeto	Persona pasiva, vista como víctima del consumo	Persona activa, responsable de sus decisiones y prácticas
Impacto social	Exclusión social y generador de estigmas	Inclusión social, ofreciendo apoyo
Abordaje	Rígido y poco adaptable al contexto, circunstancias y necesidades	Adaptable a las necesidades y realidades de los sujetos

Nota. Adaptado de *Abordajes de los consumos problemáticos*, por Rubel,L, Sabatini,L. Bouscayrol,M. y Segatorri,M, en *Praxis en salud mental: Abordajes y procesos de cuidados*, 2023, Universidad Nacional de Lanús.

7. Acuerdo terapéutico, Reglamento de Normas de Funcionamiento y Convivencia y Ley N° 18335

El Portal Amarillo, como servicio de salud especializado en el tratamiento de consumo problemático de sustancias se organiza bajo un acuerdo terapéutico y un reglamento que regulan las dinámicas entre los usuarios, sus referentes y los profesionales de la institución. Este acuerdo cuenta con determinados aspectos que apuntan a garantizar un tratamiento integral y a pautar responsabilidades tanto para los usuarios como para sus referentes. Regula la participación de un referente que debe acompañar al usuario, con responsabilidades compartidas durante el proceso de tratamiento. Conforme esto, se establece que el usuario y su referente conocen y aceptan cumplir durante el tratamiento estos supuestos. En él se establecen reglas que limitan el acceso a determinados espacios físicos, los horarios para interrumpir el tratamiento o la supervisión constante en actividades cotidianas, las cuales nos interroga respecto a las libertades y los derechos de los usuarios. Se detalla que el tratamiento es de acceso voluntario y puede ser interrumpido cuando el usuario desee, sin embargo la interrupción está sujeta a ciertas restricciones, como por

ejemplo, el horario y día, no debe solicitar la interrupción durante los fines de semana y debe ser informada con al menos 24 horas de anticipación (ver anexo 1).

En el anexo del mismo se establecen compromisos específicos, como no ingresar, consumir o encontrarse bajo los efectos de alguna sustancia dentro del centro, quedando suspendida su participación en la instancia terapéutica y a evaluación por parte del equipo técnico. El usuario o su referente deberán mantener una conducta responsable y de respeto hacia el conjunto de los integrantes del personal, compañeros de tratamiento o cualquier persona que se encuentre en la institución. Deberá asimismo dar un uso adecuado a todos los materiales que se le suministren durante su estadía, cuidando los bienes y de las instalaciones que se utilicen y en caso de daños el usuario deberá responder por los mismos. No se encuentra permitido el intercambio, préstamo, regalo ni venta de los materiales e insumos. Se considera falta grave el ingreso y/o consumo de sustancias psicoactivas, agresión verbal y/o física (ver anexo 2).

También se establecen normas de convivencia estrictas, como no mantener relaciones de pareja y sexuales entre los usuarios y dentro del servicio debido a que se considera que no contribuye al tratamiento, descentrandolos de los objetivos. Asimismo, está prohibido establecer algún tipo de contacto y comunicación con usuarios que pertenecen a distintos dispositivos, es decir, por un lado se deben de encontrar los usuarios que asisten al dispositivo residencial y por el otro lado los que asisten al centro diurno. Se encuentran regularizados y organizados los momentos en que está permitido fumar tabaco, en función de las actividades y supervisados por los técnicos (ver anexo 2).

Además, las normas que establecen estos documentos, regulan aspectos básicos de la vida diaria, como el acceso a las habitaciones las cuales durante el día se encuentran cerradas y únicamente se permite el acceso en caso de que alguno de los usuarios se sienta descompensado. Otro aspecto, son las visitas a los usuarios que están en el proceso de tratamiento del residencial, las cuales se realizan únicamente los días sábados, mientras que las llamadas telefónicas y videollamadas están organizadas en horarios y días específicos (ver anexo 2).

8. Articulación teórico-clínica

8.1. Análisis de la experiencia en base a la teoría

En esta sección se analizarán los conceptos del marco teórico, estableciendo una articulación crítica y reflexiva con la experiencia práctica en el servicio de salud Portal Amarillo. Desde la perspectiva del rol de practicante, se considerarán los elementos observables, los discursos y las acciones registradas, con el fin de retomar las preguntas y objetivos planteados para este Trabajo Final de Grado.

8.1.1 Enfoques en el abordaje de los consumos problemáticos

¿Cómo se concibe en el Portal Amarillo el consumo problemático de sustancias y cuál es el enfoque de abordaje para su tratamiento?

En la experiencia transitada por el servicio de salud, se pudo observar que el abordaje que realizan los profesionales, reflejan contradicciones y confusiones en torno a esta pregunta fundamental. En el equipo de trabajo existen diferencias en la comprensión y abordaje del consumo problemático, debido a las distintas formaciones de cada profesional y a la falta de lineamientos institucionales claros. Es por ello que en ocasiones, el tratamiento suele quedar sujeto al criterio individual de cada profesional, generando contradicción y confusión en el modo de tratar la problemática. Asimismo, durante las intervenciones que se realizan con los usuarios no hay una clarificación ni teórica ni práctica, en el inicio del tratamiento acerca de cuál va a ser el enfoque desde el cual se trabaja el consumo problemático de sustancias y cómo se realizará su abordaje, ¿se priorizará la abstinencia desde el modelo prohibicionista, o se opta por un abordaje de reducción de riesgos y daños?

En la práctica cotidiana del servicio se observa que se realizan intervenciones guiadas por el objetivo de lograr la abstinencia de consumo, en consonancia con los abordajes propios del paradigma prohibicionista. Por ejemplo, en los primeros encuentros de entrevistas se proponen objetivos intermedios considerados alcanzables por el usuario. Pero no se explicita de manera clara que el tratamiento procura la abstinencia total y como la meta deseada es alcanzar el consumo cero, por lo tanto, a medida del paso del tiempo, se espera que el usuario haya abandonado su práctica de consumo. La abstinencia total se prioriza en varias dimensiones del proceso terapéutico, por un lado, la evaluación del progreso del paciente suele centrarse en la eliminación del consumo, dejando de lado otros indicadores como la mejora en la calidad de vida.

Por otro lado, dentro del servicio, la abstinencia se convierte en una regla no escrita que influye en la convivencia y en la aplicación de normas escritas, generando confusión y desigualdad en el trato que reciben los usuarios. Cuando los usuarios aún siguen consumiendo pueden recibir sanciones o restricciones a permanecer en el centro, lo cual se encuentra establecido en el acuerdo y el reglamento, a pesar de que allí no se establezca la abstinencia como requisito. Si bien en los escritos se establece que se brinda un abordaje integral, en la práctica se visualiza la falta de claridad del enfoque, y se impone de manera implícita la expectativa de alcanzar como objetivo el consumo cero. Es en este contexto en el cual podría en cierta forma visualizarse la inconsistencia en la aplicación de normas y la falta de alternativas en la estrategia terapéutica.

Esto podría deberse a la presencia de una concepción médico hegemónica, arraigada en varios de los profesionales del servicio. Este es un modelo que tiende a reducir el abordaje al plano de lo biológico y lo individual, dejando de lado aspectos subjetivos y sociales (Stolkiner y Rosales, 2023, p.13). Aspecto que podría entenderse como insuficiente para abordar una problemática tan compleja como el consumo de sustancias.

En esta misma línea, en la práctica del centro diurno, se permite en ocasiones el sostenimiento del consumo de marihuana mientras que se encuentran en el tratamiento, mientras que en otros casos incluso ante consumos más problemáticos, las respuestas de los profesionales varían en función del vínculo personal con el usuario interviniendo y permitiendo en ocasiones permanecer en el centro y en otras ocasiones pidiéndole que se retire del mismo. Estas decisiones dejan entrever la ausencia de criterios técnicos claros y la falta de coherencia marca una tensión entre lo normativo y lo real en la implementación del acuerdo terapéutico y el reglamento.

En este contexto, las recaídas en el consumo, las cuales son esperables dentro del proceso de tratamiento, no se abordan como una oportunidad de aprendizaje para permitir pensar el vínculo que tiene el usuario con la sustancia ni para trabajar desde el paradigma de reducción de riesgos y daños. Este modelo como señala Galante, et al., (2009), prioriza la disminución de los problemas asociados al consumo en lugar de centrarse en su eliminación. Sin embargo, en las intervenciones observadas, las recaídas se tratan como un fracaso individual más que como un momento para abrir espacios de escucha y reflexión colectiva que permita indagar acerca de qué es lo que les está pasando y que les pasa con seguir manteniendo el consumo, espacios tales como los grupos terapéuticos o los espacios individuales entre psicólogo y usuario.

Ante las recaídas o la persistencia del consumo, la propuesta por parte de los profesionales es la derivación a la internación. Esto supone la reinstitucionalización de las personas usuarias, limitada por la ausencia de abordajes integrales que consideren las condiciones y características subjetivas del caso. La historia de vida de los usuarios suele estar atravesada por problemáticas estructurales como vivienda, empleo, educación o seguridad, elementos que trascienden a la problemática en sí (Rubel, et al., 2023).

No obstante, resulta imprescindible que los profesionales incorporen una perspectiva que reconozca las condiciones singulares de los usuarios y sus historias de vida. Como señalan Stolkiner y Rosales (2023), es vital crear y sostener espacios donde los usuarios puedan reflexionar y verbalizar qué les sucede a modo general y cómo se relacionan con el consumo. Más allá de los esfuerzos preventivos y terapéuticos, es necesario aceptar que el consumo puede persistir en ciertos casos, lo que requiere un abordaje que combine contención, escucha activa y enfoques alternativos que respeten los derechos y subjetividades de los usuarios.

El análisis de estas prácticas, nos interroga acerca de la concepción del consumo problemático de sustancias desde el enfoque más tradicional de tratamiento basado en la abstinencia. En ocasiones, existen situaciones en la que se muestra mayor tolerancia a ciertos consumos, lo que pone de manifiesto criterios personales que no se aplican de manera uniforme.

De esta forma, el análisis crítico de estas prácticas llevan a la necesidad de repensar las intervenciones de las prácticas actuales, para poder avanzar hacia un modelo de atención integral, transparente y de respeto a las personas usuarias. Para ello se requiere problematizar la forma de concebir el consumo problemático, clarificar las estrategias de intervención y garantizar que el reglamento de normas sea aplicado de manera equitativa y coherente dentro del Portal Amarillo.

8.1.2 Concepción de sujeto y Teoría de la Subjetividad

¿Qué concepciones de sujeto sustenta la práctica de los profesionales en el servicio de salud Portal Amarillo?

En el contexto del servicio de salud Portal Amarillo, se observa como la implementación del acuerdo terapéutico y el reglamento de funcionamiento y convivencia no solo establece normas de organización y convivencia, sino que también evidencia una concepción implícita del sujeto y de la “subjetividad esperada” por la institución. A través de estas normas, se define, no siempre de manera explícita, un modelo de paciente “ideal” que debe responder a deberes y el comportamiento que se espera que tenga dentro de la institución, a la participación y evolución en el proceso del tratamiento. En este sentido, la subjetividad esperada por parte de la institución es que el sujeto pueda alinearse con ciertos estándares de adaptación. Sin embargo, en la práctica cotidiana, pudo vislumbrarse como la tensión entre los requisitos formales y las características singulares de los usuarios atravesados por una diversidad de experiencias y cuya trayectorias de vida individuales, contexto social y recursos personales no parecen ser considerados en profundidad. Esta distancia refleja de cierto modo una práctica profesional que no prioriza la complejidad subjetiva de cada usuario. Los profesionales parecen centrarse exclusivamente en el problema del consumo problemático de sustancias, dejando de lado aspectos fundamentales como el contexto social, histórico y cultural de los usuarios. La práctica observada abrió paso a interrogarnos respecto a cómo esta mirada integradora está ausente, mediante acciones cotidianas, como, la falta de indagación en la trayectoria de vida del usuario o en sus recursos para enfrentar el tratamiento, se evidencia la reproducción de estigmas y etiquetas.

Por ejemplo, durante las prácticas interactivas de las cuales se fue participando, al ingreso de los primeros grupos terapéuticos, cada uno de los usuarios se presentaba con expresiones tales como “llevo X días limpio” discurso que revela un sentido subjetivo entre la dicotomía “limpio” y “sucio”. En este contexto, esto nos muestra cómo se refuerza la etiqueta de “adicto” y refleja una visión reduccionista y estigmatizadora de los usuarios, quienes terminan apropiándose de esta identidad sin que se fomente una reflexión crítica al respecto. Según González Rey (2022), los sentidos subjetivos expresan vivencias que se producen en una vivencia en concreto, en este caso, la etiqueta del “adicto” se convierte en una identidad limitante, reforzada tanto por los discursos institucionales como por las prácticas de los profesionales. Este aspecto, conlleva en cierta forma un abordaje reduccionista, donde el usuario no es concebido como un ser atravesado por múltiples dimensiones (salud, vivienda, educación, relaciones sociales, entre otros) que también requieren atención y comprensión. Según Goulart (2019), la subjetividad individual debe ser entendida como procesos y formas de organización que interactúan y se transforman constantemente a partir de los espacios sociales que la rodean.

La concepción del usuario como un sujeto “adicto” y la reproducción de estigmas deben ser reemplazadas por una visión que integre las múltiples dimensiones que atraviesan la vida de los usuarios, reconociendo su contexto, sus recursos y su potencial de cambio. Solo así será posible avanzar hacia un modelo de atención integral, que no solo atienda el consumo problemático de sustancias, sino que también promueva el bienestar de la salud en general y la autonomía de los usuarios.

¿Qué aportes de la Teoría de la subjetividad podrían enriquecer la comprensión del modelo de atención aplicado al servicio de salud Portal Amarillo?

Desde la perspectiva de la Teoría de la subjetividad, los servicios de salud mental, concebidos como sistemas sociales subjetivos donde las prácticas interactivas, los discursos y el lenguaje permitan entrelazar diversas configuraciones subjetivas, deberían priorizar prácticas dialógicas que permitan recuperar la singularidad de cada historia y fomentar la participación activa de los usuarios en su tratamiento (Goulart, 2019). Lo observado en el Portal Amarillo muestra que, en las prácticas interactivas con los profesionales los discursos tienden a posicionar a los usuarios como sujetos pasivos y con una connotación negativa, caracterizados por expresiones como “los usuarios mienten”, “manipulan” o “no tienen futuro”. Este tipo de discursos no sólo invisibiliza los recursos y potencialidades de los usuarios, sino que además refuerzan su posición de vulnerabilidad, obstaculizando el diálogo y la problematización necesaria para construir un abordaje con perspectiva integral.

Además de este lenguaje utilizado hacia los usuarios, fue posible observar cómo las actitudes y emociones de los profesionales reflejan una carga emocional significativa, que va más allá de la expresión verbal. Esto pudo observarse, por ejemplo, en expresiones de

frustración ante situaciones en las que los usuarios no responden como se espera al tratamiento, en la sobreimplicación cuando sienten que deben “salvar” a los pacientes, o la distancia afectiva como mecanismo de defensa frente al abandono del tratamiento.

Estas distintas expresiones dan señales del agotamiento emocional y desmotivación que vivencian los agentes del servicio, expresadas tanto verbalmente como a través de su lenguaje corporal (hombros encorvados, miradas perdidas, entre otras). Estas actitudes, podrían vincularse a la carga laboral, la autoexigencia por obtener resultados y la falta de recursos institucionales, dejando como resultado un impacto significativo en la atención brindada, ya que afecta la receptividad de los profesionales y limita su capacidad de brindar un apoyo integral, afectando negativamente la calidad del tratamiento que se ofrece y asisten los usuarios.

Según Goulart (2019), las dinámicas subjetivas dentro de los servicios de salud mental pueden generar efectos destructivos cuando no se abordan adecuadamente. En este caso, en lugar de promover la construcción de nuevas realidades culturales y subjetivas para los usuarios, esta práctica, considerando las observaciones realizadas, tiende en ocasiones a reforzar su vulnerabilidad y a limitar su capacidad de autonomía. Este enfoque nos interroga respecto a la concepción asistencialista donde el profesional asume el control total del proceso cuando en el contenido de su discurso y del decir cotidiano se establece “este paciente es mío”. De esta manera el usuario queda totalmente vigilado y conducido en el proceso de su tratamiento, limitando la capacidad de que pueda asumir un rol activo. Por ejemplo, en varias instancias se observó la resistencia por parte de los profesionales a compartir emergentes o en considerar perspectivas interdisciplinarias en el abordaje de los casos, lo que refuerza la fragmentación y obstaculiza la construcción colectiva de estrategias de tratamiento con perspectiva integral.

Para superar estas limitaciones es imprescindible interrogarnos acerca de la concepción de sujeto que guía las prácticas profesionales, es fundamental adoptar un enfoque que reconozca y valore la complejidad subjetiva de cada usuario. Tal como plantea Goulart (2019), el diálogo debe ser el recurso epistemológico y metodológico central para fomentar la participación activa de los usuarios en el proceso de tratamiento. Este enfoque permitirá recuperar lo singular de cada historia y promover un vínculo más horizontal entre profesionales y los usuarios. Sin embargo, para que esta transformación sea posible, es necesario problematizar las dinámicas actuales dentro del Portal Amarillo, tanto en las prácticas como en los discursos que circulan.

8.1.3 Modelo de atención asistencialista/tutelar y modelo de atención integral

En el contexto de la reforma del sistema de salud cuyo objetivo es garantizar un modelo de atención basado en el reconocimiento del derecho humano de las personas usuarias. Surge la necesidad de reflexionar sobre el enfoque en salud mental y el abordaje en el consumo problemático de sustancias. A partir de la experiencia en el Portal Amarillo, se ha observado la persistencia de un modelo asistencial/tutelar que en ocasiones coloca a los usuarios en una posición de vulnerabilidad en lugar de fortalecer su autonomía y garantizar sus derechos humanos. Este enfoque no solo afecta la calidad de la atención, sino que también limita los resultados positivos al centrarse en un paradigma prohibicionista, en lugar de promover estrategias integrales de intervención y centradas en la persona.

Por todo lo anteriormente mencionado, ¿en qué medida el Portal Amarillo promueve un modelo de atención integral centrado en el usuario? o por el contrario, ¿persiste el modelo de atención asistencial/tutelar que restringe la autonomía de la persona?

En la experiencia de la práctica realizada se observaron significativas tensiones entre el discurso institucional que dice promover un abordaje integral y las prácticas de atención que reciben los usuarios en el proceso de su tratamiento. El acuerdo terapéutico establece el objetivo de brindar una atención integral, que comprende las dimensiones subjetivas, sociales y comunitarias, enmarcada en un enfoque de derechos humanos y alejándose de visiones reduccionistas. La práctica sin embargo evidencia ciertos aspectos tales como, la rigidez del reglamento de normas donde se espera que los usuarios respondan con cierto comportamiento y se adapte sin considerar sus trayectorias de vida así como también el uso de sanciones y restricciones dentro del tratamiento. Ello hace que no se alineen con los principios del modelo de atención integral, sino que por lo general, tiende a reproducir lógicas del modelo asistencial/tutelar limitando la autonomía de las personas. Lo observado en el Portal Amarillo evidencia las conceptualizaciones que realizan Stolkiner y Rosales (2023) quienes advierten, aunque existan propuestas alternativas, coexisten muchas veces con la persistencia de modelos asistenciales que minimizan las dimensiones sociales y subjetivas de sufrimiento.

Por un lado, la fragmentación disciplinaria dentro del equipo de trabajo aparece como una de las primeras barreras para alcanzar un abordaje integral. Es así que los profesionales trabajan de manera aislada, con escasas instancias de intercambio que permitan construir una visión compartida respecto al tratamiento de los usuarios. El diálogo entre los dispositivos residencial y centro diurno ocurre únicamente en los casos de derivaciones específicas, lo que limita la continuidad y coherencia en el tratamiento, restringiendo la posibilidad de abordaje integral. Según De Lellis (2015), esta fragmentación disciplinaria es una forma social que reproduce “hegemonías sostenidas en criterios injustificados” (p.114) y dificulta el trabajo integrado en salud mental. Esta dinámica podría entenderse como aquella que no solo afecta la eficacia del tratamiento, sino que también restringe la posibilidad de considerar al usuario

como un sujeto activo en su proceso de atención y tratamiento. Esto deja al descubierto la contradicción entre el discurso institucional y la prácticas reales, destacando la necesidad de reflexionar acerca de las normativas institucionales y los procedimientos que puedan ajustarse en promover una atención centrada en el usuario con perspectiva de abordaje integral, porque lejos de potenciar al usuario en el proceso de tratamiento, limitan su autonomía.

Asimismo, llama la atención las diferencias en las perspectivas de los profesionales según su experiencia y tiempo en la institución. Mientras que algunos profesionales más recientes mostraban una postura optimista respecto a la recuperación de los usuarios, aquellos con mayor trayectoria parecen adoptar una visión más limitada y pesimista, reduciendo al usuario a su condición de “adicto”. Este contraste permite en cierta medida vislumbrar la falta de cohesión de la práctica de los profesionales y podría reforzar la idea de que no hay una construcción colectiva que permita pensar con otros profesionales, sino que depende de las concepciones individuales que cada uno tenga.

¿Qué prácticas o procedimientos específicos en el proceso de tratamiento, dentro del servicio de salud Portal Amarillo, permiten sustentar la hipótesis de la persistencia del modelo de atención asistencialista/tutelar?

Uno de los aspectos observados que refuerza la hipótesis de la persistencia del modelo de atención asistencial/tutelar es la relación entre los profesionales y los usuarios que se caracteriza de una manera que tiende a despersonalizar a las personas que asisten al servicio, reduciéndolos a la problemática presente o a su condición de “paciente” en lugar de considerarlos como sujetos con una historia, necesidades y capacidades específicas. Esto se ve reflejado en la realización de ciertos procedimientos y en la forma de atención que prioriza la visión del profesional, sin integrar la participación activa del usuario, excluyendo su palabra y conocimiento sobre las decisiones terapéuticas. Según Stolkiner y Rosales (2023) este tipo de dinámicas perpetúan una lógica que concibe al usuario como un objeto de intervención. Desde esta mirada se reproduce, en cierta medida, la lógica manicomial, no necesariamente en forma de encierro físico, sino en la calidad de las experiencias institucionales y las subjetividades que están produciendo (Goulart, y González Rey, 2020).

Esta lógica reflejada en los discursos que circulan dentro del servicio, se reproduce a pesar de sus diferencias con modelos tradicionales, ya que se trata de un servicio de puertas abiertas donde la internación es voluntaria. Esto implica que los usuarios tienen la posibilidad de interrumpir su tratamiento cuando lo consideren necesario. Esto abre paso a cuestionarnos respecto a la reincidencia del usuario en la práctica de consumo así como el retorno al proceso de tratamiento. De hecho, en los diálogos sostenidos con los usuarios, muchos mencionan las múltiples ocasiones en las que han pasado por estas instituciones y repitiendo el mismo proceso, lo que evidencia un patrón cíclico en su relación con el sistema de

atención. Debido a esto, parece generarse un paralelismo con el modelo de atención asistencial/tutelar, desde cual se piensa que no habría nada que hacer con las personas, como señala De Lellis (2015), quien afirma que “la discapacidad mental grave fue concebida como inrehabilitable” (p.96). En este contexto, una vez que las personas ingresaban a la institución manicomial, se asumía que allí permanecerían indefinidamente.

En términos generales, estos distintos aspectos que se identificaron en el servicio podrían entenderse como la persistencia del modelo de atención asistencial/tutelar, donde el usuario es concebido como un sujeto pasivo más que como un sujeto activo con capacidad de autonomía, de poder decidir personalmente y tomar decisiones de su vida. Esta lógica también se manifiesta en los discursos de los profesionales, aunque reconocen la importancia de la autonomía del usuario en el tratamiento (expresada en el respeto a la concurrencia voluntaria de cada usuario del servicio), en la práctica reproducen relaciones y procedimientos que lo limitan. En este sentido, es importante reconocer que la autonomía de las personas no solo depende de su disposición individual, sino también de las condiciones que las instituciones de salud mental ofrecen.

8.1.4 Acuerdo terapéutico y Ley N° 18335

El presente análisis busca reflexionar sobre cómo el acuerdo terapéutico y el reglamento de normas de funcionamiento y convivencia del servicio de salud del Portal Amarillo se vincula con los principios establecidos en la Ley N° 18335 sobre Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud. Esto nos interroga acerca de ¿cómo se evidencia la Ley N° 18335 en el acuerdo terapéutico y el reglamento así como en qué medida coincide o se diferencia de los derechos establecidos por la Ley de las condiciones reales de convivencia y atención en el Portal Amarillo?

La implementación del acuerdo terapéutico plantea algunas tensiones, debido a que se observa que establece un conjunto de obligaciones y compromisos que a menudo parecen tener más incidencia sobre los usuarios que los derechos que derivan de la Ley N° 18335, dejando en segundo plano el principio de igualdad en la relación terapéutica.

Pese a que el acuerdo terapéutico se menciona en la entrevista de ingreso, generalmente no se discute ni se intercambia en profundidad con los usuarios. En su lugar, se les entrega para que lo lean de manera individual, dejando dudas de si estos comprenden plenamente las normas y sus implicancias.

El acuerdo establece una atención integral (ver anexo 1), sin embargo es necesario analizar cómo se materializa este supuesto en las prácticas cotidianas y conforme a la Ley N° 18335 que consagra en su artículo N°6 el derecho a la atención integral comprendiendo la promoción, protección, rehabilitación de la salud y el cuidado. Estos aspectos insisten en

interrogar acerca de ¿cómo afecta a los usuarios el hecho de conocer o no sus derechos según la Ley N° 18335 durante el proceso de tratamiento?

La restricción del uso del espacio o la obligación de adherir a determinadas pautas bajo la impronta de la posibilidad de suspensión del tratamiento, deja al descubierto un mecanismo que prioriza los deberes sobre los derechos. Lo cual lleva a interrogarse respecto de si estas normas garantizan el trato igualitario que establece la Ley N° 18335, o si por el contrario, esto podría entenderse como dinámicas que conservan el control propias de un modelo de atención asistencial/tutelar.

Es necesario reflexionar hasta qué punto las normas establecidas en el acuerdo del servicio realmente promueven un modelo de atención integral y centrado en el usuario, o por el contrario, impone un marco rígido que devienen en prácticas violentas y vulneración de derechos, lo cual se contrapone al derecho de recibir un trato respetuoso y digno, según lo establecido en la Ley N° 18335 en su artículo N°17.

La experiencia deja en evidencia las tensiones y al descubierto como se alejan las prácticas institucionales cotidianas de los principios establecidos por la Ley N° 18335. Si bien, estas reglas buscan estructurar la convivencia y la vida cotidiana de los usuarios que asisten a ambos dispositivos, puede generar un gran impacto en la experiencia subjetiva, ya que las instituciones además de atender problemas asociados a la salud, construyen realidades subjetivas que atraviesan tanto los tratamientos como la vida de estas personas, que la mayoría de los aspectos que la componen son altamente vulnerados.

9. Consideraciones finales

9.1. Reflexión acerca de las líneas de análisis seleccionadas

El abordaje de consumo problemático de sustancias en el Portal Amarillo presenta en ocasiones importantes inconsistencias y limitaciones, tanto en la concepción de tratamiento que tienen los profesionales como en la comprensión de la subjetividad de los usuarios. A pesar del compromiso de los profesionales, se evidencia una falta de criterios técnicos claros y consistentes tanto en lo que se dice como en el enfoque de abordaje que realizan, generando desigualdad en la atención y confusión en el tratamiento. Esto nos interroga acerca de el predominio del modelo prohibicionista como estrategia de intervención, centrado en el logro de la abstinencia total y la eliminación del consumo, centra la atención en este y deja de lado las complejidades que atraviesan las historias de vida de los usuarios, incluyendo sus dimensiones subjetivas, sociales y contextuales. Este aspecto, puede visualizarse en cierta forma como una limitación de las oportunidades factibles dentro del tratamiento para la reflexión y el crecimiento personal. Además, la visión del usuario como un “adicto”, con una fuerte carga valorativa negativa, se entiende como refuerza estigmas y

restringe su capacidad de cambio y autonomía, conservando prácticas asistenciales que despersonalizan su proceso terapéutico.

Desde la perspectiva fundamentada en el presente trabajo, es factible interrogarse respecto a si el tratamiento realmente responde a una perspectiva integral que reconozca tanto las realidades sociales como las trayectorias individuales de los usuarios incluyendo su subjetividad. Aunque el discurso institucional promueve un modelo de atención integral, en la práctica observada y de acuerdo a lo observado a lo largo de la experiencia, se vislumbra la persistencia de un enfoque asistencialista que reduce la autonomía de los usuarios y los mantiene en un rol pasivo en su tratamiento.

Para avanzar hacia un modelo de atención integral con enfoque de derechos humanos, es necesario ampliar la mirada más allá del consumo problemático de sustancias en sí y promover el bienestar general y la autonomía de las personas en su proceso de rehabilitación. Sería beneficioso una transformación en las prácticas profesionales mediante enfoques más humanizados y multidisciplinarios, garantizando tratamientos de mayor calidad y condiciones más favorables para los usuarios.

Uno de los principales desafíos dentro del equipo de trabajo del Portal Amarillo, es la fragmentación disciplinaria. Esto podría entenderse como La falta de interacción entre los distintos dispositivos del servicio lleva a la realización de abordajes desconectados que refuerzan la perspectiva asistencialista. Además, las normas internas establecidas en el acuerdo terapéutico y el reglamento de normas de funcionamiento y convivencia tiende a priorizar los deberes sobre los derechos. Si bien buscan organizar la convivencia, en la práctica imponen restricciones en el acceso a espacios, la supervisión constante y las reglas estrictas sobre las relaciones entre los usuarios, afectando negativamente su experiencia subjetiva, su libertad y su capacidad de decisión.

En definitiva, aunque se plantea la necesidad de abordar la problemática desde un modelo de atención con perspectiva integral, persisten estructuras y prácticas institucionales que refuerzan la hipótesis de la persistencia del modelo asistencialista/tutelar. Para avanzar en la atención efectivamente integral sería imprescindible revisar y reformular las normativas y metodologías de atención para garantizar el cumplimiento de los principios establecidos en la Ley N° 18335. Solo a través de un compromiso genuino con el respeto de los derechos de los usuarios será posible concretar un modelo de atención que los reconozca como sujetos de derechos, activos y con capacidad para decidir sobre su propio proceso de tratamiento y rehabilitación.

Referencias

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%20ASSE.pdf>

Apud, I., & Romaní, O. (2016). *La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia*. En *Salud y drogas*, 16 (2), 115-125.

[Redalyc.LA ENCRUCIJADA DE LA ADICCIÓN. DISTINTOS MODELOS EN EL ESTUDIO DE LA DROGODEPENDENCIA](#)

Benedetti, E. (2015). *Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático*.

Notas político-epistémicas sobre modelos y estrategias de intervención.

Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.

Bianchi,D., De La Cuesta, P., Gandolfi,A., y Muñiz,A. (s\l). Primer Congreso

Latinoamericano de salud: determinantes sociales y participación ciudadana.

Formación de Psicólogos para el sistema de salud. Programa de Practicantados y

Residencias. Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

De Lellis, M. (2015). Un nuevo paradigma en salud mental: ejes de la transformación.

En perspectivas en salud pública y salud mental (pp. 85-119).

Galante A., Rossi D., Goltzman P., y Pawlowicz M.P. (2009). *Programas de Reducción*

de Daños en el Escenario Actual. Un cambio de perspectiva. Escenarios, 14

(1), 113-121.Universidad Nacional de La Plata.

González Rey, F. (2003) *Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*.
São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

González Rey, F. (2006) *Investigación cualitativa y subjetividad*. Guatemala: ODHAG.

González Rey, F. (2015) *A new path for the discussion of social representations:
advancing the topic of subjectivity from a cultural-historical standpoint*. Theory
and Psychology, 25 (4), 494-512.
[Gonzalez Rey - A new path for the discussion of social representation.pdf](#)

González Rey, F. (2022). La subjetividad en psicología: su importancia para una
psicología crítica. En: J. M. F. Osorio y O, Bravo. (Orgs.), *Caminando por las
veredas de la psicología* (pp. 29-46). Universidad ICESI.

Goulart, D. (2019). *Saúde mental, desenvolvimento e subjetividade: da patologização
à ética do sujeito*. São Paulo: Cortez.

Goulart, D. M., González Rey, F. (2020). *Subjetividad, sujeto y salud mental: un
estudio de caso más allá de la lógica de la patología*. Alternativas Cubanas en
Psicología, (8), 14-35.

Perea, M., Giménez, L., & Contino, S. (2018). *Convenio Facultad de Psicología -
ASSE. Programa de practicantes y residentes*.

Romaní, O. (2008). *Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del
daño*. En Salud Colectiva, 4(3), 301-318.
[5_Oriol Romani.qxp](#)

Rubel, L., Sabatini, L., Bouscayrol, M., y Segatorri, M. (2023). Abordajes de los consumos problemáticos. En *praxis en salud mental abordajes y procesos de cuidado*. Universidad Nacional de Lanús.

Stolkiner, A., y Rosales, M. (2023). Fundamentos de la salud mental comunitaria. En *Praxis en salud mental abordajes y procesos de cuidado*. EDUNLA Cooperativa.

Touzé, G. (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas: El caso de la pasta base de cocaína*. Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.

Uruguay. (2008, agosto 26). Ley 18.335: Derechos y Obligaciones de pacientes y usuarios de los Servicios de Salud.

[Ley N° 18335](#)

Uruguay. (2017, septiembre 19). Ley 19.529: Ley de Salud Mental.

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017/5>

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. [Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud](#)

Anexo 1



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 u 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:

Anexo 2

F



Carlos María de Peña 5101
Tel 2203 1024
Montevideo - Uruguay

Anexo I

Reglas de funcionamiento para los Dispositivos y Normas de Convivencia

1. El usuario se compromete a asumir las pautas establecidas por el equipo interdisciplinario del Centro para su tratamiento (instancias terapéuticas, exámenes clínicos, indicaciones médicas), respetando horarios, actividades, y demás reglas establecidas.
2. El usuario deberá respetar el cronograma de actividades fijado por el equipo técnico del Dispositivo, tanto en sus días, horarios y espacios físicos asignados.
3. El usuario únicamente podrá ingresar y permanecer en las áreas que se utilicen para el tratamiento indicado y Dispositivo asignado. La delimitación del espacio físico correspondiente a cada programa se hará conocer en ocasión del ingreso.
4. Cuando el usuario se encuentre participando en alguna actividad fuera del edificio del Portal Amarillo, deberá respetar las mismas reglas, tal como si se desarrollaran dentro del recinto.
5. No está permitido ingresar, poseer ni consumir drogas dentro del Centro, salvo tabaco o cigarro y su uso podrá hacerse solamente en aquellos espacios autorizados por el PAM (Portal Amarillo).
6. En caso de tener indicada cualquier medicación, deberá ser autorizada por los técnicos médicos tratantes del servicio.
7. No está permitido el ingreso con encendedores, fósforos, objetos cortantes, punzantes ni armas de fuego ni otros objetos que el equipo técnico considere de riesgo.
8. No está permitido ingresar al Centro bajo efectos de sustancias, quedando suspendida su participación en la instancia terapéutica. En caso que suceda, el equipo técnico evaluará la conducta a seguir.
9. El usuario, su familia o su referente deberán mantener una conducta responsable y de respeto hacia el conjunto de los integrantes del personal, compañeros de tratamiento o cualquier persona que se encuentre en la Institución. Queda absolutamente prohibido todo tipo de agresión física y/o verbal considerándose su ejercicio como falta grave.
10. El usuario deberá dar uso adecuado a todos los materiales que se le suministren durante su estadía en el Centro, cuidando los bienes y de las instalaciones que utilice en el transcurso de su tratamiento.
11. En caso que se constate la comisión de un delito o falta grave al Reglamento Interno se tomarán las medidas correspondientes, además de realizar la denuncia pertinente ante la seccional policial si correspondiere.
12. El usuario deberá responder por los daños como consecuencia de su violencia, el mal uso de los bienes o materiales de la Institución, admitiéndose como posibilidad la realización de una instancia educativa (reparación del objeto o tarea comunitaria).

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/usuario/a 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/usuario/a de la pauta terapéutica.
4. Las pertenencias son para uso personal y la responsabilidad de las mismas atañe a cada usuario/usuario/a. 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: