

REVISTA ABRA

Congreso 2024

ÍNDICE

“Ser gorda duele”	3
Apostando a los vínculos	7
Artículo Osvaldo	11
Artículo revista Leguiza y Medina	15
Intervenciones NNA	19
Modelo ABRA y STS	23

“SER GORDA DUELE”- INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINAR EN UNA PROBLEMÁTICA DEL VÍNCULO CON LA ALIMENTACIÓN

Dispositivos de Intervención Interdisciplinar en una problemática del vínculo con la alimentación y la corporalidad desde el paradigma no centrado en el peso y la Ley de Salud Mental.

Autores: Vanney, Brenda, Carestía Lostaló, M. Paula., Chiarlo, Osvaldo.

Resumen

Se presenta un dispositivo de intervención interdisciplinar desde la nutrición y la psicología, desarrollado con el objetivo de abordar una situación de salud mental en una persona que problematiza su vínculo con la alimentación y su corporalidad.

El recorrido propuesto pone de relieve la interdisciplina en las intervenciones del dispositivo. Se revela la posibilidad de conceptualizar las problemáticas del vínculo con la alimentación y la corporalidad desde una mirada integral, como parte de las problemáticas de consumo en general, posicionadas dentro de un paradigma de intervención no centrado en el peso, en la perspectiva de la Ley de Salud Mental N° 26657.

Introducción

“¿Tenes una silla más grande? Porque con mi cuerpo de vaca la voy a romper ”

M. ingresando al consultorio, apenas sosteniéndose en pie dada su extrema delgadez

En ABRA siempre se abordaron las problemáticas relacionadas al vínculo con la alimentación y la corporalidad como parte del espectro de los consumos problemáticos, porque lo que las define es el sentido y el significado que se da al vínculo con el objeto de consumo -se trate de una actividad, sustancia o relación afectiva- y sus consecuencias hacia la dimensión personal, familiar y comunitaria, además de las características del objeto en sí mismo (Chiarlo & Ordano, 2019). En los últimos años se observó un incremento de las consultas motivadas por problemáticas de alimentación y corporalidad, y una mayor identificación de este tipo de problematización en las personas que ya transitan por ABRA por otros consumos problemáticos.

Es criterio de los ponentes que este aumento, especialmente en las conductas alimentarias, está motivado en parte por las expectativas impuestas a las personas por la cultura consumista y patriarcal. El rasgo del enfoque ABRA es que, a diferencia de diagnósticos rígidos y reduccionistas que llevan a realizar intervenciones desde el modelo biomédico, se trabaja desde un posicionamiento teórico-práctico con un enfoque no centrado en el peso, contemplando a la salud desde su integralidad.

Materiales y métodos

Se presenta la situación clínica con el objetivo de exponer y desarrollar el dispositivo interdisciplinar para el abordaje de problemáticas vinculadas a la alimentación y a la relación con la propia corporalidad.

Presentación del caso

M. llega a ABRA con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria, luego de haber realizado tratamientos por 2 años. La última intervención previa fue una internación indicada por bajo peso y riesgo de vida, que logró buenos resultados en términos de estabilizar la clínica médica, pero no se enfocó en los procesos psicológicos y socio familiares que necesitaban ser activados y/o potenciados. Tampoco se realizó la derivación implicada, esto es: no se articuló desde la interinstitucionalidad para evaluar la necesidad de un tratamiento integral, como prescribe art. 9 de la Ley de Salud Mental N°26657.

M. asiste acompañada de sus padres, su hermano, su cuñada y su actual pareja. Refieren que los problemas en relación a la alimentación comenzaron hace aproximadamente 15 años, a través de un diagnóstico de Sobrecrecimiento Bacteriano de Intestino Delgado (SIBO), y una posterior intervención quirúrgica donde a M. le realizan una colectomía total. Posterior a ello, comenzaron síntomas asociados a la dismorfia corporal y al miedo a ganar peso, derivando en conductas restrictivas y purgativas, así como autolesiones en su abdomen.

M. tiene 40 años y una modalidad de personalidad límite, donde se destaca un patrón de vinculación interpersonal ambivalente, la impulsividad en el vínculo con los consumos -con antecedente de consumo problemático de alcohol-, la inestabilidad en la percepción de su imagen corporal y autovalía, así como las autolesiones. También son evidentes los mecanismos asociados al perfeccionismo clínico, con autoevaluación asociada al logro de objetivos, y la autoexigencia como mecanismo para alcanzarlos. Todo esto se vincula a baja autoestima fundamental, con autovaloración negativa hacia la mayoría de sus características, tanto físicas como psicológicas (Fairburn et ál., 2003). No obstante, se evidencia motivación al cambio de su estilo de vida en general y sentidos vitales asociados a la resiliencia altruista, habiendo tenido experiencias positivas en otros momentos de su vida a los que desearía retornar.

En la dimensión microsocia, se visibiliza el deterioro de los vínculos interpersonales, cercenamiento de vínculos propios de una relación de pareja previa a la actual en la que sufrió violencia de género. Su espacio laboral es un gran factor de estrés, propiciante de conductas de restricción alimentaria, rasgos de perfeccionismo y autoexigencia, por lo cual se prescribió licencia laboral, en conjunto con la psiquiatra que la acompaña. M. no culminó su formación de grado debido a la situación de salud.

Respecto de la dimensión familiar, el sistema familiar de origen está compuesto por padre, madre y hermano y es de tipología aglutinado (Minuchin, 1992), con límites difusos, causando la ausencia de autonomía personal, la respuesta al conflicto con excesiva rapidez e intensidad, la inhibición del desarrollo afectivo y social de sus miembros, el impacto en todos los miembros de la situación de uno

de ellos como si fuera propia, el movimiento de los roles dentro del sistema; todas características presentadas a lo largo de la historia familiar de M. Una problemática del vínculo con la alimentación también fue transitada por su hermano y su madre presentó en la infancia de M. consumo problemático de alcohol.

En la dimensión relacionada al vínculo con la alimentación, M. presenta restricción alimentaria, caracterizada por una persistente rigidez frente a la exposición a los alimentos e inflexibilidad a la incorporación, dadas las representaciones vigentes acerca de que los alimentos generan aumento de peso o daño en su intestino.

Se infiere que los factores de riesgo son mayores que los de protección para hacerle frente a la problemática. Se consigna pronóstico reservado de la situación y se construye como meta terapéutica una desaceleración en el avance de la problemática y alargamiento de los tiempos entre la aparición de la manifestación más grave de los síntomas. No se plantea la meta de una estabilidad prolongada en el tiempo como podría esperarse de otros sistemas de salud.

Se diseña un abordaje personalizado para M. y su sistema acompañante conformado por una serie de dispositivos terapéuticos (Abadía Moro, 2003) que incluyen: terapia psicológica individual, terapia de red con su pareja y hermano para generar herramientas de acompañamiento y sostén, terapia de grupo, apoyo académico y el dispositivo interdisciplinario nutrición-psicología, que se desarrolla para habilitar una nueva forma de relación con su imagen corporal y los alimentos. Se posiciona la terapia desde la posibilidad de convivir con el/los dolores que ello implique, y abordar la pérdida de maniobra terapéutica por el avance de la fragmentación en la búsqueda de soluciones que venía sosteniendo M.

Dispositivo de intervención interdisciplinar nutrición-psicología

Este trabajo está enfocado en el dispositivo que se integró de forma interdisciplinaria entre una profesional de la nutrición y una de psicología, operando en conjunto en el dispositivo. Se generó una fuerte praxis de interdisciplinariedad, teniendo en cuenta que se trata de un posicionamiento que obliga a reconocer la incompletitud de las herramientas de cada disciplina y a integrar saberes. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, queda claro que el dispositivo se conformó de manera plenamente interdisciplinaria en su aplicación.

Al comenzar las intervenciones, se planteó un marco de referencia común al interior del programa de trabajo de las profesionales que implicó:

Enfoque no centrado en el peso sino en la satisfacción y significancia en el estilo de vida de M.

Presunción salutogénica como posicionamiento ético para identificar factores de protección integrales del usuario.

Co-construcción de decisiones en torno a temas y actividades del dispositivo

Promover el rol activo por parte de la usuaria identificada.

Intervenciones flexibles, con posicionamientos diversos (desde constructivismo hasta integracionismo).

Aceptación de la existencia de límites al cambio posible y de la probable cronicidad de la problematización.

A lo largo del trayecto se validaron las importaciones de un campo a otro, la multirreferencialidad teórica y la existencia de corrientes de pensamiento subterráneas atravesando los saberes disciplinarios (Stolkiner, 2005).

Historización de la intervención

El dispositivo contó con 7 encuentros hasta el momento de este documento. Comenzó con el proceso de toma de conciencia de la situación, la facilitación de percepción positiva, adherencia al cambio y al encuadre, se propició un proceso de autoreevaluación en relación a los valores y significados vitales de las áreas de desarrollo principales (Hayes et ál., 2015) (Prochaska et ál., 1992) M. pudo identificar compartir momentos de disfrute en pareja, realizar viajes de ocio y recuperar el altruismo social en espacios comunitarios y de militancia política. Esta reevaluación permitió deconstruir el concepto de salud asociado a la delgadez, la ausencia de dolor y productividad laboral.

Para el abordaje de la relación de M. con su imagen corporal y corporalidad, se aplicó el test Standard Figural Stimuli (SFS) y la medición de la composición corporal mediante bioimpedancia. El objetivo fue ajustar su reconocimiento corporal, teniendo en cuenta creencias que posee M. sobre los cuerpos gordos y su valoración negativa para sí misma. Se trabajó la sensibilización sobre diversidad corporal, dadas las representaciones sociales que existen actualmente en cuanto a corporalidades gordas, así como la historización de los cánones de belleza, para revelar cómo la cultura y la sociedad han marcado aquello considerado como bueno y bello en relación a las corporalidades a lo largo del tiempo. Desde la Terapia de Aceptación y Compromiso, se complementaron las intervenciones con el abordaje del proceso de fusión a los pensamientos, el cual implica formular una situación de manera simbólica y organizar luego la conducta en base a esas reglas, donde ellas se comprenden como la realidad aunque existe una desconexión con ésta. Una de las intervenciones a las que M. respondió de forma favorable fue la de “ponerle un nombre a la mente” en relación a aquellos pensamientos centrados en el peso, la corporalidad, el dolor físico y los alimentos (Hayes et ál., 2015). Se implementó psicoeducación como recurso para deconstruir creencias y flexibilizar normas alimentarias y el lugar dado a los alimentos dentro de la vida. Se propuso realizar en el espacio la merienda entre las profesionales y M., con el objetivo de habilitar la palabra de otras formas, exponer alimentos y comer delante de otras personas.

Conclusión

M. presentó buena adherencia al espacio y reconoce que en los encuentros encontró “un espacio de comodidad, sin juzgamientos, donde circula la palabra entre las tres y nos complementamos, no me siento paciente donde me dicen qué hacer, me siento parte”. M destacó que las intervenciones la han ayudado a “amigarse con ella misma, de un modo no tan directo y quizás no inmediato, pero siempre

quedan resonando”. Se espera poder continuar con intervenciones que continúen abordando la relación de M. con su corporalidad, así como flexibilizar sus creencias sobre la gordura y los significados que ello tiene.

El dispositivo interdisciplinar permitió adaptar diferentes recursos y proveyó flexibilidad en las intervenciones. Se tuvo como premisa el enfoque no centrado en el peso y lo que dispone la Ley de Salud Mental N° 26657, recorriendo desde lo ideal y esperable hasta lo real y posible en la situación de M. La personalización de los tratamientos implica cuestionar rigideces disciplinares y personales, adaptándose a las necesidades de los sujetos y trabajando sobre sus propias percepciones y expectativas. La intervención generó claros beneficios en función de los objetivos propuestos habiéndose logrado frenar la fragmentación en la comunicación del equipo terapéutico, flexibilizar su autopercepción y el significado asociado a algunos conceptos e ideas. El dispositivo interdisciplinar demostró ser un recurso valioso a implementar dentro de un tratamiento integral que posea complejidad.

Bibliografía

Abadia-Moro, O. (2003). ¿Qué es un dispositivo?. Revista de Metodología de Ciencias Sociales. N° 6, 2003, pp. 29-46.

Chiarlo, O. J. L., Ordano, E. G (2019). Presentación de un modelo de abordaje inclusivo e integral para los consumos problemáticos. En Congreso de Salud Mental Mundial, abordajes inclusivos en Salud Mental. Clinica, comunidad y derechos. Buenos Aires, Argentina.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. Behaviour research and therapy, 41(5), 509-528.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2015). Terapia de aceptación y compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness). Biblioteca de Psicología,

Ley Nacional de Salud Mental N°26.657. Recuperada de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma>.

Minuchin, S. (1992) Familias y terapia familiar. Barcelona, Gedisa

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. y Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. The American Psychologist, 47(9), 1102-1114. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102>

Stolkiner, A (2005). Interdisciplina y Salud Mental ponencia enIX Jornadas Nacionales de Salud Mental, I Jornadas Provinciales de Psicología 7 y 8 de octubre 2005 · Posadas, Misiones, Argentina.

APOSTANDO A LOS VÍNCULOS

Abordaje de un caso de juego problemático desde el primer nivel de atención

Autoras: Clara S. Brassesco y Constanza B. García. Asociación Civil ABRA: un camino de evolución

Trabajo presentado en el I Congreso Internacional ABRA: Salud Integral y Consumos Problemáticos

Resumen

Se presenta el estudio de un caso de juego problemático – no diagnosticado como ludopatía – en el cual se realizó el abordaje mediante un sistema de entrevistas de orientación, sin llegar a implementar un diseño de dispositivos terapéuticos. Esta elección se fundamentó en la valoración de los beneficios de las entrevistas, teniendo en cuenta los factores de protección del sujeto, entre los que se contaba el fuerte vínculo con su hermano, y el hecho de tratarse de una consulta temprana.

La meta terapéutica fue abstinencia, y se logró al cabo de siete entrevistas, habiéndose resuelto la recuperación de los anclajes vinculares del sujeto, la salida de situaciones de deuda y el escenario de trabajo que era predisponente del consumo problemático al darle excesivo tiempo libre. A partir de este logro, se recuperó el vínculo del consultante con el juego no problemático.

Como conclusión, se enfatiza en la atención que debe prestarse a los vínculos subsistentes y su fortaleza como factores predisponentes para la ruptura del consultante con el consumo problematizante.

Palabras claves: juego problemático, vínculos, primer nivel de atención

Abstract

Aim of this search is to study a problematic gambling –not diagnosed as ludopathy– case. The chosen approach was to make orientation interviews, thus design of therapeutic devices were not selected. That was made having in mind interviews advantages showed, in account of protecting factors including strong link with his brother, and because it was an early approach.

Therapeutic goal was the abstinence, achieved at end of seven interviews. Link anchors were resolved, financial problems ended and was changed work scenario, that was a factor of risk for consumption, to another one, in order to deny excessive free-time. After his consultant returned to not-problematic social gambling.

As a conclusion, study affirms that importance must be given to strong links, and this strongness helped consultant to disrupt problematic consumption.

Key words: problem gambling, bonds, first level of care

Introducción

En la actualidad existe consenso respecto a la conceptualización de los consumos problemáticos, definiéndolos como aquellos en los que: "...se atenta contra la salud y la construcción de proyectos de vida de las personas (...) Desde esta perspectiva, la posibilidad de que el consumo de una sustancia genere un mayor o menor problema para la persona o para la comunidad, se halla relacionada no con las propiedades inherentes a la sustancia, sino fundamentalmente con el vínculo que la persona establece con la misma en una determinada circunstancia vital" (Ministerio de salud, 2022) . Es el DSM-V se incorpora por primera vez el juego patológico o ludopatía (F63.0) como un trastorno adictivo, diferenciando entre trastornos relacionados y no relacionados con sustancias. La ludopatía es el único que nombra, que no se relaciona con sustancias (312.31). Por su parte la Ley N° 26.934, establece que: "Son consumos problemáticos aquellos que -mediando o sin mediar sustancia alguna- afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales." (2014, art 2). En esta definición se encuentra una referencia al juego como modalidad de consumo.

Echeburúa et al diferencian entre juego patológico y jugadores problemáticos, caracterizando a los primeros por: "... la pérdida de control, la dependencia emocional, la tolerancia y la interferencia grave en la vida cotidiana; ... dificultades en el funcionamiento diario (manejo del dinero, deudas contraídas, mentiras, aislamiento social, relaciones con la pareja, etcétera) debidas al juego, pero sin mostrar (todavía) los criterios diagnósticos de la ludopatía" (2014, p 32).

El presente trabajo se aborda un estudio de caso acerca de un jugador problemático, que contó con un diagnóstico presuntivo integral y un abordaje desde el primer nivel de atención que favoreció la movilización de los recursos del sistema consultante. Se lo puede considerar como ejemplo de una asistencia efectiva de baja complejidad, en el cual la consulta fue realizada tempranamente y en la que el consultante contó con una fuerte red de apoyo.

Objetivo del estudio: Analizar un abordaje centrado en los vínculos desde el primer nivel de atención en un caso de juego problemático.

Materiales y Métodos

El abordaje se llevó a cabo dentro del paradigma del Modelo Abra que caracteriza a la institución del mismo nombre. Su base científica es sistémica e integral, y se trabaja conforme a las prescripciones de la Ley de Salud Mental 26.657. La perspectiva involucra nueve niveles de atención en las que intervienen cuatro dimensiones -persona, objeto, familia, microsocioal- cuyo análisis e integración permiten diseñar tratamientos personalizados e interdisciplinarios. El protocolo prescribe un proceso previo de orientación que permite trazar el perfil del sujeto, su familia y su entorno microsocioal. El primer nivel de atención ABRA cuenta con un diseño que incluye la recepción de la llamada y concertación de la primera entrevista, a cargo de un orientador y un co-orientador. El primero debe contar con idoneidad para establecer un clima terapéutico adecuado. Ambos deben enfocarse en el estilo y la competencia terapéutica para concretar los objetivos, independientemente de la disciplina específica de su formación (Manual interno de ABRA).

Los objetivos de esta etapa son tres: desarrollar la alianza terapéutica, construir un motivo de consulta y psicoeducar sobre la problemática del consumo. Respecto a la alianza terapéutica, Bordin (1976) la definió como el encaje colaborativo entre paciente y terapeuta, identificando tres componentes intervinientes que la configuran: acuerdo en las tareas, vínculo positivo y acuerdo en los objetivos. Se enfatiza en el acuerdo en objetivos a alcanzar con la psicoterapia, así como compartir mutuamente confianza y aceptación, elementos fundamentales para una buena alianza (Corbella y Botella, 2003).

En cuanto al motivo de consulta, en el Modelo Abra se genera un proceso que inicia en la queja y se transforma en demanda implícita. Se pretende construir un motivo de consulta doble que implique al sujeto y a su familia y que contemple la etapa de cambio en la que se encuentra el sistema consultante y los niveles de cambio del Modelo Transteórico del Cambio (Prochaska y Di clemente, 1984). Luego de las entrevistas de orientación, se pasa a la instancia de diseño de tratamiento o se continúa con el proceso orientativo.

Análisis del procedimiento

El Consultante Identificado (en adelante CI), L.G. es un hombre de 31 años, soltero, que trabaja en el servicio penitenciario de un hospital psiquiátrico. Vive solo en la casa que solía ser de su abuelo, compartiendo el patio con la casa de su hermano mayor. La familia de origen está constituida por padre y madre y tres hermanos, siendo el mayor M.G., al cual le sigue L.G y su hermana menor. Ambos hermanos varones reconocen que el juego ha sido significativo en sus vidas, pero tienen diferentes maneras de vincularse. Se identifica como antecedente familiar, un abuelo con juego problemático consistente en apuestas. L.G. describe que el juego estuvo presente en su vida desde los 19 años de manera recreativa y saludable. Identifica que hace tres años este modo de jugar comenzó a cambiar, incidiendo el contexto de pandemia y el juego virtual. Los dos primeros años se caracterizaron por un juego responsable, pero al tercer año su trabajo comienza a ser un gran factor de riesgo debido al tiempo libre, y se desencadena el juego problemático.

Respecto al proceso de orientación, cabe consignar que L.G llega motivado por su hermano, porque identifica que hace un año su vínculo con el juego -incluyendo apuestas- comenzó a ser problemático debido a que empezó a perder dinero y objetos materiales. También tomó conciencia de que esto fue acompañado de un progresivo aislamiento de sus otros vínculos. Ambos hermanos expresaron sentir malestar, y el consultante identificado refirió sentimiento de soledad. En función de ello, se construyó como motivo de consulta la orientación y seguimiento de estrategias ya implementadas por el subsistema fraterno en cuanto al manejo del dinero y necesidad de poder socializar su problemática sin sentir vergüenza. La meta terapéutica construida fue abstinencia de juego. Entre el primer y el segundo encuentro se evidenció un incremento de la conciencia de enfermedad en relación a sus conductas.

En total se realizaron siete entrevistas de orientación a las cuales asistió el CI con su hermano o solo. Se exploró la presencia de deudas y factores de riesgo tales como tiempo libre y ámbito de trabajo predisponente al juego virtual. Se identificó que el sistema consultante se encontraba entre la etapa de contemplación y preparación evidenciándose motivación y compromiso para iniciar los cambios. Se

observó un incremento de la conciencia del problema a lo largo de las entrevistas, siendo el motor el malestar y sentimiento de soledad del consultante, el malestar de su hermano y las dificultades económicas derivadas del juego problemático. Se hallaron demandas que requieren más de un nivel de cambio (sintomático, intrapersonal e interpersonal) lo cual requirió una estrategia de múltiple impacto.

Se construyó como motivo de consulta, la orientación y seguimiento de estrategias ya implementadas por el subsistema fraterno en cuanto al manejo del dinero y la necesidad de poder socializar su problemática sin sentir vergüenza. El consultante progresivamente logró empezar a hablar de su problema, lo cual le produjo un alivio significativo y el deseo de ayudar a otros a partir de su testimonio. L.G identificó además, que a partir de comunicar a sus compañeros de trabajo su problema, el ámbito de trabajo como factor de riesgo disminuyó. Los pensamientos de juego, a lo largo del proceso de orientación fueron perdiendo su intensidad y recurrencia, aprendió a identificarlos y a afrontarlos de manera diferente. Fue incrementando su sociabilidad, la recuperación de vínculos y espacios, así como su participación en nuevos espacios recreativos.

En el transcurso de las entrevistas, el sistema consultante puso en marcha sus propios recursos, identificados en las entrevistas. El acompañamiento de M.G. resultó clave en el sostenimiento de la abstinencia de juego y un aprendizaje progresivo en cuanto a un modo diferente de vincularse con el dinero por parte de L.G., de un modo más responsable.

La posibilidad de que L.G. pudiera ir saldando sus deudas con ayuda de su hermano constituyó un incentivo para incrementar la autoeficacia, sostener la abstinencia de juego y los cambios en su vida. A la par, a través de intervenciones se comenzó a trabajar en la reflexión acerca del proyecto de vida, identificación de prioridades y dónde el dinero podría ser invertido a favor de la construcción de éste. Todo ello se redefinió como “apostar a la independencia”.

La identificación y puesta en marcha de los recursos del propio sistema consultante fueron suficientes para reducir la problemática en las diferentes dimensiones y fortalecer al subsistema fraterno, considerando innecesario realizar un diseño de tratamiento.

En la última entrevista se confirmó la eficacia de las intervenciones conducentes a favorecer la participación de L.G. en lo que respecta a la gestión de su dinero y seguimiento de la cancelación de su deuda, recuperando el control sobre estos temas y prescindiendo de la ayuda de su hermano. M.G. manifestó que observa que su hermano está ahorrando para objetivos tendientes a su bienestar y que sostiene las actividades recreativas y sociales. Se llevó a cabo el cierre de ciclo del proceso terapéutico, mediando un encuentro de seguimiento donde se evidenciaron grandes cambios en el estilo de vida de L.G. Finalizó con sus deudas, continúa sosteniendo las estrategias implementadas en relación a la gestión del dinero, pudiendo generar ahorros y proyectos de inversión. Logró independencia económica, cambió de sector en su trabajo y comenzó a hacer trabajos particulares, por lo cual el ámbito laboral, ya no opera como factor de riesgo. Continúa realizando actividad física y tiene vida social activa.

Manifiesta que no quiere que el juego problemático sea parte de su vida, identifica que es “algo que le hizo mal y que no quiere volver”. Comenzó a re-vincularse con otros tipos de juego -de mesa, de

cartas- por disfrute en un entorno cuidado -red de amigos-, caracterizándose por un juego social, recreativo y de disfrute: como era antes en su vida. Afirmó que lo que más le permitió generar los cambios y recuperar lo perdido fue empezar a contar lo que estaba transitando en torno a su problemática de juego.

Discusión

Para construir la meta terapéutica con el sistema consultante se tuvieron en cuenta dos categorías posibles: abstinencia de juego, en la cual se abstiene de todo juego considerado problemático o presencia de juego responsable/recreativo, donde el juego se practica con moderación o control. Siguiendo a Brizuela et al (2007), se verificó que la mayoría de los apostadores participan en los juegos de azar de manera recreativa, sin que esa actividad afecte su salud. Los autores lo denominan como juego saludable, recreativo, moderado, o juego social. Sin embargo, la meta terapéutica en este caso fue la abstinencia de juego.

En lo referente a factores de protección, se identificaron los siguientes: actividades deportivas, vínculo previo con la espiritualidad y la comunidad de la iglesia -distante durante las entrevistas-, fuerte red de apoyo -familia y amigos-, malestar propio y de su hermano como motor para iniciar los cambios, apoyo y acompañamiento en lo emocional del hermano y entrenamiento en el manejo de dinero, así como baja emoción expresada.

Se optó por una estrategia basada en entrevistas de orientación, con fundamento en la presunción de capacidad de las personas, la identificación de factores de protección y recursos intervinientes y el compromiso del subsistema fraterno como una fuerte red de apoyo. Como alternativa, la opción por el diseño de tratamiento hubiera significado intensificar algunos de los factores de riesgo intervinientes, entre ellos la distancia física respecto del lugar de vivienda, dificultad en la disponibilidad horaria por las características del trabajo, mayor carga horaria destinada al tratamiento para cumplir con los dispositivos intervinientes y probable baja adherencia debido a la frecuencia y desgaste implícitos.

En lo que refiere a los roles orientador y co-orientador, se posicionaron como maestro socrático y entrenador en función de los temas abordados. El rol de entrenador también fue desempeñado por su hermano en lo que respecta a la gestión del dinero. Al inicio se caracterizó por ser más autoritario, basado en el miedo al incumplimiento de propósitos por parte de su hermano, pero a través de las intervenciones realizadas se favoreció la involucración y participación del CI mediante la construcción de acuerdos para saldar la deuda y el aprendizaje progresivo de habilidades. La culpa y el rol pasivo que ocupaba L.G. por las pérdidas ocasionadas dieron paso a la responsabilización y reparación a través de la puesta en acción.

Como eje de trabajo a lo largo del proceso de orientación, se puso el foco en el reforzamiento, restitución y promoción de los lazos sociales (Art 9, Ley Nacional de Salud Mental 26.657). Las funciones que corresponden por su naturaleza intrínseca a toda red social son: la socialización – estar juntos en determinadas funciones vitales como enfermedades o muertes-, el apoyo emocional, ser guía cognitiva al brindar modelos para seguir, la regulación social porque se encarga de anclar

responsabilidades, resolver conflictos y neutralizar desviaciones de conducta, prestar ayuda material o de servicio, y ofrecer acceso a nuevos contactos y relaciones.

En este caso, poner el foco en los lazos sociales, siendo la red una parte significativa del proceso, fue favorecido por los vínculos de calidad que el participante fue estableciendo en su vida. La intensidad de los mismos se mantuvo a pesar de que la frecuencia de estos vínculos se vio afectada cuando la relación con el juego comenzó a ser problemática. Uno de los factores fundamentales en esta restitución fue la capacidad del CI de verbalizar su consumo problemático frente a sus vínculos sociales.

Conclusiones

El abordaje del presente caso ha demostrado su eficacia en el sostenimiento de la meta terapéutica construida y en los resultados de las intervenciones, generando logros como la independencia económica del consultante, recuperación de vínculos y espacios y apertura a otros significativos. Esta eficacia también fue corroborada por la experiencia del sistema consultante a través de una breve encuesta, en la cual consideraron determinante el apoyo y orientación desde el equipo profesional, así como también el acompañamiento entre hermanos y de amigos.

El proceso terapéutico fue breve, -siete entrevistas y un seguimiento- y se considera que resultó eficaz debido a dos factores: porque la consulta fue realizada antes de que la situación problema reuniera los criterios de ludopatía, y porque los vínculos y las redes de apoyo favorecieron los cambios necesarios y su sostenimiento.

El vínculo con el juego se inició como recreativo y se tornó problemático, fracturándose en ese proceso las redes vinculares y dando lugar al aislamiento del CI. Sin embargo, el vínculo fraterno resistió a la fragmentación. A partir de la intervención temprana de éste con una nueva red -en este caso profesional- se orientaron los cambios ya iniciados por el subsistema fraterno y se gatillaron otros en subsistemas vinculares -trabajo, familia de origen, red de amigos, club- reparando los vínculos y promoviendo nuevos. La ruptura del vínculo problemático fue posible mediante el empleo de la meta de abstinencia. A partir de este logro, el consultante volvió a establecer un vínculo recreativo y saludable con el juego, no siendo necesario pasar por un proceso de reducción de daños. Como aporte para futuros estudios, se considera que este caso muestra que el juego es una problemática que emerge conjuntamente con el aislamiento y fragmentación de los vínculos, por lo cual se reafirma la importancia de apostar a los éstos para un abordaje efectivo del juego problemático. En palabras del propio consultante “No es cambiar, es recuperar”.

Referencias bibliográficas

Bordin, E. S. (1976). The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3) 252-260.

Brizuela, J. A. y Cía A. H. Manual de Juego responsable para los empleados de la Industria Latinoamericana del Juego. Editorial Alaja Bs As (2007).

Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación, evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221

Echeburúa et al (2014). Nuevos Retos en el Tratamiento del juego Patológico. *Terapia Psicológica*, 32(1), 31-40.

Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V. American Psychiatric Association p.316.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 de 2011 y Decreto Reglamentario.

Ley Nacional N° 26.934 Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos de 2014, Art 2.

Manual interno de ABRA.

Ministerio de Salud (2022) Resolución 1178/2022, Glosario

Prochaska, J. O. y Di Clemente, C. C. (1984) *The Transtheoretical Approach*. Dorsey Professional Books.

UNA MIRADA DE SALUD DESCUARTIZADA: REPENSANDO EL PARADIGMA INTEGRAL

Chiarlo, Osvaldo.

Lic en Psicología.

Vivimos en una sociedad que piensa la salud desde un enfoque fragmentado. Se la concibe particionada y dividida entre salud física y salud mental, y su cuidado y atención se adjudica a diferentes estamentos profesionales y académicos: la salud física corresponde a las disciplinas médicas, y la mental a las disciplinas psicológicas.

Dentro del área médica, es de esperar que haya “especialidades” que se dedican a tratar cada uno de los sistemas funcionales del cuerpo. Dentro del área psicológica, se perfila la división entre la psicología y la psiquiatría, y los diferentes campos de cada una de estas áreas, que responden a los objetos de atención clínica. En las últimas décadas del siglo XX, las críticas acerca de la percepción del sujeto humano como un ser “descuartizado” por la mirada científica arreciaron, a punto tal que la medicina generó una figura que hoy ocupa un lugar central: el médico generalista. Es por esa época que se producen hallazgos fundamentales acerca del funcionamiento del sistema nervioso que generaron un replanteo de la neurología y el emergente de la neurobiología, la neuropsicobiología, la neurocognición, y otras que continúan emergiendo.

Por eso es que, en este momento, cabe formularnos una pregunta, tal vez incómoda: ¿por qué, en el intento de volver a compaginar el ser humano descuartizado por la ciencia, aún se piensa a la salud integral como una disciplina que trata en forma separada al cuerpo y a la mente? ¿No ha llegado la hora de replantearnos el vínculo entre el cuerpo, la mente y probablemente la “psiqué”, mas cerca de la mirada de los sabios atenienses? Si nos encuadramos en el concepto de salud mental integral, podríamos describirlo desde el artículo 3 de la Ley de Salud Mental, la cual refiere su concepción biológica, neurológica, psicológica, social, cultural y económica, interpelando en su concepción el factor relacional en cada una de las dimensiones involucradas. No negándose una con otra, aunque si limitándose en la interrelación entre ellas.

En el camino hacia la salud mental integral, emergen diferentes modelos y propuestas, que parten de estrategias transdisciplinarias, para derivar en la interdisciplinariedad, lo cual requiere una transformación profunda de nuestros métodos cognitivos. ABRA nace en el año 2015 con la intención de desarrollar la estrategia de la transdisciplinariedad, sobre la base de la interdisciplinariedad, en un intento de recuperar la integralidad de la mirada del ser humano, y aplicarla a la del consumo problemático.

Hoy, con nueve años de experiencia, el equipo ABRA ofrece este compendio de artículos, que reflejan la experiencia, las perspectivas, percepciones y conocimientos desde diferentes miradas, que se incluyeron en el I Congreso Internacional ABRA de Salud Mental Integral y Consumos Problemáticos que se llevó a cabo en la ciudad de Santa Fe, Argentina, los días 30 y 31 de octubre de 2024. Tenemos

la expectativa de que este aporte pueda ser inspirador y eficaz en la apertura hacia nuevas perspectivas y miradas. Una de ellas, claramente, es la reducción de daños que se presenta como la superación de los enfoques abstencionistas, tema en el que consideramos que hay mucho camino por recorrer.

De este modo, ABRA se proyecta a la sociedad como un ejemplo alternativo para la reorganización de los sistemas sanitarios de consumos problemáticos, con beneficios tanto para el sujeto consumidor como para el conjunto social.

CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS DESDE EL MODELO ABRA Y STS: SALUD INTEGRAL, AUTOCUIDADO Y COMUNIDAD EN EL MARCO DE LA LEY DE SALUD MENTAL 26.657

Por: Leguiza, Nerea Paula* y Medina, María Belén*

*Estudiantes avanzadas de Licenciatura en Psicología

Abstract:

El consumo problemático de sustancias requiere un abordaje integral, que trascienda la mirada centrada únicamente en el individuo -apoyada por la lógica médica- para incluir dentro del proceso al contexto familiar, social y comunitario. En esta ponencia, analizaremos cómo el modelo de la Asociación Civil “ABRA:Un camino de evolución”, en conjunto con el STS (Selección Sistemática de Tratamiento), pueden ser una herramienta efectiva para articular una respuesta integral frente a los consumos. Un abordaje desde esta postura implica los conceptos de autocuidado, intervención comunitaria y aprovechamiento de los recursos personales y locales. Promoviendo la salud integral de las personas y su entorno. Como resultado, el mismo estaría en concordancia con los principios establecidos en la Ley de Salud Mental 26.657. A raíz de esto, el objetivo del siguiente escrito es proponer una reflexión crítica y constructiva sobre cómo mejorar la atención de personas que enfrentan un consumo problemático, desde una perspectiva interdisciplinaria que tenga en cuenta a la persona como sujeto de derecho capaz de participar activamente en el proceso de su tratamiento.

Palabras claves: consumo problemático- modelo ABRA- salud integral- autocuidado-comunidad- STS- recursos- interdisciplina.Introducción:

El consumo problemático se refiere al uso de sustancias que impactan negativamente diversos aspectos de la vida. Más allá de los efectos farmacológicos, incluye factores sociales, culturales y familiares que influyen en el consumo. Según la Ley de Salud Mental 26.657 de Argentina, las adicciones son parte integral de la salud mental y deben abordarse respetando los derechos humanos, promoviendo la desinstitucionalización y un enfoque interdisciplinario. Este consumo es visto como un problema vincular relacionado con el entorno y los vínculos personales.

Los modelos ABRA y STS como alternativas para un abordaje centrado en la persona y su entorno.

El modelo propuesto por la Asociación Civil ABRA consta de 4 dimensiones relacionadas entre sí, que permitirían un abordaje personalizado, las mismas son: la persona, la familia, el contexto micro-social y el objeto problema. Desde este modelo se piensa a la persona independientemente de su objeto tóxico o de su problemático. Con el objetivo de evitar una etiqueta que pese sobre el sujeto y funcione como una condena a nivel personal, familiar y social.

El modelo ABRA pone especial énfasis en movilizar los recursos que el sistema consultante trae consigo, reconociendo que el autocuidado es central para promover cambios sostenibles. Además, concuerda con la perspectiva de derechos establecida por la Ley 26.657, que exige un enfoque centrado en la persona y su entorno, buscando evitar la medicalización excesiva y la institucionalización. En definitiva, el paradigma propuesto por la asociación es multidimensional e integrativo. Teniendo presente durante todo el proceso, a los vínculos entre la persona, el objeto de consumo, el contexto familiar y el entorno micro-social.

Por otro lado, el modelo de psicoterapia basada en la evidencia, conocido como Selección Sistemática de Tratamiento (STS) propuesto por Beutler y Clarkin. Se presenta como una herramienta que les permite a los profesionales de la salud mental y social, organizar sus intervenciones de manera más eficiente algo que es clave en un contexto donde los recursos suelen ser limitados. El objetivo de este sistema fue establecer la planificación de un tratamiento desde una perspectiva más compleja para evitar encasillar un tratamiento determinado para un diagnóstico específico. El STS al igual que el modelo de ABRA, centra sus intervenciones y el desarrollo de sus tratamientos a partir de diferentes dimensiones, las cuales son: Nivel de severidad o deterioro funcional. Estilo de afrontamiento; Complejidad; Nivel de malestar o distrés y Nivel de resistencia.

Ambos modelos resultan ventajosos para el abordaje de los consumos problemáticos. El STS probablemente le sea más útil a los profesionales del área de salud, pero le aseguraría al sistema consultante un tratamiento más personalizado y centrado en esa situación en particular. Es en este punto es en donde se puede compaginar con el modelo de ABRA, ya que el mismo brinda y asegura la posibilidad a todos sus consultantes de ser activos en su proceso de cambio, facilitando las herramientas necesarias para que puedan gestionar su bienestar físico, emocional y social sumado a que todo el proceso de abordaje se realiza desde un equipo multidisciplinario de profesionales.

La importancia de un abordaje integral para los consumos problemáticos.

Los autores Camarotti y Kornblit (2015) realzan la importancia de un abordaje integral sosteniendo se debería considerar como un enfoque inclusivo, intersectorial y preventivo, que busca ofrecer respuestas eficaces y sostenibles al problema de las adicciones. Un abordaje comunitario debe tener presente cual es el significado que está asociado a las drogas dentro de la sociedad y si existen, dentro de ella, algunas estrategias preventivas y/o intervenciones. Esta perspectiva de trabajo busca conocer y valorar todas las propuestas de promoción de la salud, prevención y/o tratamiento que han mostrado alguna efectividad para ese caso y situación en específico.

Al igual que el modelo ABRA este enfoque supera la mirada tradicional centrada exclusivamente en el individuo afectado, ampliando la atención hacia su entorno familiar, social y comunitario, bajo la premisa de que la adicción no es un problema aislado, sino que está inserto en una red de factores psicosociales, económicos y culturales. Teniendo como bases un abordaje multidisciplinario, la participación comunitaria y la construcción de redes de apoyo, la apuesta por la prevención y promoción, la atención intersectorial, el tratamiento centrado en la persona y la reducción del estigma.

Análisis del caso V

V, de 30 años, presenta consumo problemático de cocaína y un historial de recaídas. Desea dejar de consumir para recuperar su independencia y lograr objetivos personales como abrir un showroom. Tiene una relación ambivalente con su madre, quien actúa como fuente de conflicto y apoyo.

Su tratamiento debe abordarse desde un enfoque integral que contemple las dimensiones personal, familiar y comunitaria. A nivel personal, V está en la etapa de contemplación/preparación para el cambio, motivada por deseos como retomar su vida social, profesional y actividades como la meditación. Sin embargo, enfrenta barreras como baja autoestima relacionada con su imagen corporal. Recuperar y trabajar con la carta mencionada en su consulta puede ser clave para entender sus objetivos y fortalecer su percepción de ser escuchada.

En el ámbito familiar, se propone generar un espacio terapéutico con su madre para mejorar la relación ambivalente, establecer límites claros sobre el manejo del dinero y reducir la dependencia emocional. A nivel comunitario, es importante facilitar su reinserción laboral, lo que le permitiría ganar independencia económica y ocupar su tiempo, reduciendo la predisposición al consumo. También se sugiere fomentar actividades físicas o recreativas para ampliar su círculo social y salir de su zona de confort.

Se destaca la utilidad del modelo STS para catalogar información y abordar las múltiples dimensiones del caso, evitando omitir aspectos clave. Este enfoque integral, en línea con los principios de la Ley de Salud Mental 26.657, prioriza no solo la reducción del consumo, sino también los aspectos sociales, familiares y emocionales, promoviendo una recuperación sostenible y significativa.

Conclusión

En la actualidad, el abordaje del consumo problemático de sustancias desde una perspectiva integral y comunitaria es una estrategia clave para enfrentar este desafío, basado en el autocuidado y la articulación de recursos. Por otra parte el modelo ABRA brinda una perspectiva innovadora y -profundamente- conectada con la realidad comunitaria para abordar el consumo problemático de sustancias. A través de la articulación de recursos, la promoción del autocuidado y la implementación del STS, se propone una intervención que no solo busca eliminar o controlar el síntoma, sino que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida integral de las personas.

Estos enfoques, en concordancia con la Ley de Salud Mental 26.657, fomentan un abordaje más humano, eficaz y respetuoso del consultante, considerándolo una pieza fundamental dentro de su proceso de recuperación al ocupar un rol más activo.

En este sentido, el abordaje integral comunitario tiene como fin ofrecer un tratamiento que contemple todos los aspectos de la vida del sujeto. Partiendo de reconocer que las adicciones no solo afectan la salud física y mental del individuo, sino que tienen repercusiones en su vida laboral, social y familiar. Por lo tanto, el tratamiento debe incluir estrategias terapéuticas y sociales que ayuden a la persona a reconstruir su vida en su totalidad. Referencias bibliográficas.

Ley 26.657 (2010). Ley Nacional de Salud Mental.

Camarotti, A. y Kornblit, A. (2015) Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo.

Chiarlo, O y Ordano, E. (2014) Presentación de un modelo de abordaje inclusivo e integral para los consumos problemáticos.

Gagliesi, P., Lardani, A. y Salgueiro M. (2005) Selección Sistemática de Tratamiento, un modelo de psicoterapia basada en la evidencia.

INTERVENCIONES NNA

“Intervenciones posibles en relación a situaciones de NNA, atravesadas por consumo problemático de sustancias. “

Experiencias de abordaje desde un equipo interdisciplinario de Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia de Santa Fe

Autoras: Audisio, María José- correo electrónico: Donnet, María Flavia- correo electrónico: Gancedo, Lucrecia- correo electrónico:

Resumen:

El artículo aborda la perspectiva desde la mirada de tres profesionales de un equipo interdisciplinario de la institución de aplicación de la ley de protección integral de niñez, cuya función consiste en intervenir cuando se detectan situaciones de vulneración de derechos de niñas, niños y adolescentes (NNA), que motivaron que se resuelva donde la separación de su centro de vida mediante una medida de protección excepcional (MPE). Las autoras informan que existe un incremento actual en las solicitudes de MPE que tienen por objeto la institucionalización de NNA que presentan consumo problemático de sustancias.

Presentan una mirada crítica de los marcos normativos regidos por las leyes de Protección Integral de NNA y la ley de Salud Mental, que se encuentran articuladas y muchas veces entran en contradicción. Se observa que en la mayoría de los casos, se presentan dificultades para articular a los diferentes actores institucionales del sistema que intervienen con el NNA y su familia.

Se presentan tres experiencias de intervención que involucran a un niño de 11 años y dos adolescentes de 15 y 16 años que presentaban situaciones de consumo problemático de sustancias, por quienes se solicitó y se adoptó una MPE. Se reflexiona sobre ellas y se comparten las acciones, estrategias, supuestos y criterios de intervención que se pusieron en juego entre los distintos actores intervinientes; así como los recursos posibles para sus abordajes como lugares de alojamiento, atención de salud y espacios comunitarios, entre otros.

Palabras Clave: Adicciones- Infancias- Medidas de protección excepcional

Audisio, Ma. Jose. Tec. Sup. en Niñez, adolescencia y familia en Sit. de riesgo (Inst. Sara Faisal). Profesional de la Secretaría de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia (Sta. Fe). 2- Donnet, Ma. Flavia. Licenciada en Trabajo Social (UNC), Esp. en Políticas Públicas de Niñez, Adolescencia y Familia (UNER), Maestranda en Trabajo Social (UNER). JTP en la cátedra Trabajo Social y Construcción Disciplinar de la Lic. Trabajo Social (FCJS-UNL). Profesional de la Secretaría de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia (Sta. Fe). 3- Gancedo, Lucrecia. Psicóloga (UNR). Profesional ad hoc del SPPDP. Perito de Oficio y de Parte. Profesional de la Secretaría de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia (Sta. Fe).

Las autoras forman parte del equipo interdisciplinario de la Secretaría de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia de la provincia de Santa Fe (en adelante SDNAyF), el organismo de aplicación de la Ley Provincial de Niñez. Su función consiste en intervenir en situaciones de vulneraciones de derechos de NNA donde se ha resuelto la separación de su centro de vida² mediante una Medida de Protección Excepcional (MPE), evaluar las posibilidades de cesarla y su restitución con su familia de origen, o su resolución definitiva a través de la solicitud de tutela judicial con familia ampliada y/o referentes de la comunidad o de solicitud de declaración de situación de adoptabilidad.

Introducción

En los últimos tiempos, se viene observando un incremento en las solicitudes de Medidas de Protección Excepcional (MPE) por parte de las instituciones del primer nivel de intervención tendientes a institucionalizar a NNA que presentan consumo “problemático” de sustancias.

Es en esta instancia en la que se ponen en diálogo -y muchas veces en contradicción y desencuentro- los marcos normativos regidos por la ley de Niñez y la ley de Salud Mental, lo que genera la mayoría de las veces dificultades para la articulación entre los distintos actores institucionales del sistema intervinientes con el NNA y su familia. Cabe aclarar que los actores institucionales a los que se alude son: los organismos de Salud, Servicio local, Educación, SDNAyF, Dirección provincial de Salud Mental, Defensoría provincial de NNA, entre otros. En este sentido, cabe citar a Barna (2013), cuando afirma que los derechos del niño se constituyen en un “campo en disputa” donde diversos actores asumen distintas voces y posiciones.

Objetivo del Estudio

Se trata de compartir algunas conclusiones a las que se arribó luego de abordar tres experiencias de intervención que involucraron a un niño de 11 años y dos adolescentes de 15 y 16 años respectivamente, que presentaban situaciones de consumo problemático de sustancias, para quienes se solicitó MPE por parte de los equipos de primer nivel de intervención.

Materiales y Métodos

La investigación se basa en la experiencia adquirida por las autoras como equipo técnico constituido hace cuatro años. Se recuperan diferentes reflexiones en relación a posibilidades, dificultades, encuentros y desencuentros con los demás actores intervinientes, así como con los NNA y sus familias.

En lo que refiere a las conceptualizaciones empleadas, se detallan las siguientes:

Ley 12967/09- Art. 51.- Medidas de Protección Excepcional. Son aquellas medidas subsidiarias y temporales que importan la privación de la NNA del medio familiar o de su centro de vida en el que se encuentra cuando el interés superior de éstos así lo requiera. Tienen como objetivo la conservación o recuperación por parte del sujeto del pleno ejercicio y goce de sus derechos vulnerados y la reparación

de sus consecuencias y solo proceden cuando la aplicación de las medidas de protección integral resulten insuficientes o inadecuadas para su situación particular.

“Se entiende por centro de vida el lugar donde las niñas, niños y adolescentes hubiesen transcurrido en condiciones legítimas la mayor parte de su existencia.” Corte Suprema de Justicia de la Nación

Análisis y crítica de los procedimientos

Las investigadoras reflexionan acerca del procedimiento que emplean las instituciones que abordan la problemática, incluyéndose ellas mismas dentro de ese marco institucional, y recorren un camino de preguntas.

En primer lugar, se preguntan acerca del sujeto NNA: ¿qué lugar ocupó la voz del niño en las intervenciones analizadas? Quienes intervienen y/o investigan el campo de las infancias tienen presente que, a partir de la sanción de la Convención Internacional de los Derechos del Niño y las normativas que de ella se desprenden, uno de los principios fundamentales es que se concibe al niño como sujeto de derecho. Esto genera la necesidad de que su voz sea tenida en cuenta al tomar decisiones que lo involucren.

Autores como Barna (2013) plantean que “las formas en que los niños, entendidos como sujeto social y colectivo, pueden expresar sus posiciones y demandas en nuestra sociedad, es un dilema aún no resuelto” (pág. 25). Por lo que, en relación a la presencia y protagonismo de ese NNA, también vale reflexionar acerca de cómo se lo ve: si se trata de un sujeto concebido de manera integral o sólo prima aquel aspecto que sobresale porque molesta o preocupa más, por ejemplo el consumo. Si sólo se lo ve como un NNA que consume, en la búsqueda de cómo abordar ese problema se puede correr el riesgo de dejar de lado otras cuestiones importantes a considerar. Surge entonces el interrogante acerca de qué más se puede decir de ese NNA como sujeto, cuáles son sus gustos, sus deseos, qué otras vulneraciones puede estar presentando y que quedan “ocultas”.

En segundo lugar, en lo que refiere a la red comunitaria del centro de vida de los NNA ¿qué lugar ocupa en la vida de esos NNA y sus familias? ¿fue tenida en cuenta, cuándo? Se plantea que no se puede dejar de lado el contexto actual, en el que se aplica una política basada en un vaciamiento del Estado, con el cierre de organizaciones sociales comunitarias ¿cuántas son las posibilidades reales de acompañamiento a las familias mediante medidas de protección integrales ante situaciones como las que atraviesan estos casos?

Profundizando en ese tema, aparece la problemática vinculada a las instituciones de alojamiento: ante la evaluación de la necesidad de separar a NNA de su centro de vida, en aquellos casos que se encuentran atravesados por el consumo, surge el debate acerca de qué instituciones deberían ser las que alojen ¿dependientes de Niñez, de Salud Mental? Las autoras consideran que, ante este tipo de situaciones, resulta necesario establecer alianzas y estrategias conjuntas entre ambos sistemas. Se plantea la necesidad de que las instituciones cuenten con equipos técnicos que puedan acompañar al NNA en su cotidianeidad y al mismo tiempo evaluar estrategias junto a los demás equipos

intervinientes. Como detalle, en ninguno de los tres casos analizados, las instituciones contaban con equipos consolidados.

En el caso del niño de 11 años se accedió a una institución que no era específica de consumo porque las comunidades terapéuticas ante las cuales se hizo solicitud de ingreso informaron que no admitían personas de su edad, y las autoras sostienen que esta circunstancia fue, paradójicamente, favorable para su proceso.

Cabe acotar que la Recomendación N° 10 emitida por la Defensoría Nacional de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes “sobre el Derecho de las Niñas, Niños y Adolescentes con padecimientos en salud mental al disfrute de una vida plena” (Abril 2024) plantea que “... se requiere del fortalecimiento de los dispositivos de alojamiento de niñas, niños y adolescentes, tanto residenciales como del ámbito de responsabilidad penal juvenil, por medio de la capacitación de operadoras/es, equipos interdisciplinarios y equipos de conducción, a fin de que adquieran el enfoque adecuado para el abordaje de las emociones y de los padecimientos subjetivos”.

Entonces, surge el tercer interrogante: ¿hubiera sido posible pensar, para los otros dos casos abordados, en una institución de niñez que cuente con acompañamiento en su salud por parte de recursos existentes en la comunidad donde esté ubicada?

Y por último, respecto a las familias: las autoras revisaron cuáles son las interacciones que suceden entre agentes de las distintas instituciones que intervienen con NNA y cuáles son las intervenciones con sus familias -de origen y ampliada-. Los interrogantes son: ¿Qué miradas preexisten acerca de estas familias, cuántas nociones y estereotipos entran en juego y pueden obstaculizar posibles estrategias?

Las autoras aportan que a veces la categoría de “familiarización” que toman autores como Villalta y Graziano (2023) que muchas veces desemboca en su responsabilización exclusiva por el éxito o el fracaso de la intervención institucional. La familia es recortada como principal como responsable primaria de los “déficits” de sus miembros. Cuando se trata de niños, niñas y adolescentes la familia es más directamente interpelada de diferentes maneras, y es también evaluada en sus respuestas. Si se compromete o no, si resulta una aliada de la intervención institucional o si es resistente a ella. De esta manera, tal como plantea Schuch (2013), la familia se transforma en lugar de sospecha, y simultáneamente en objeto e instrumento de intervención (pág.9).

Conclusión

Basadas en su experiencia profesional y en tres casos específicos, las autoras afirman que existen vacancias, en un sistema complejo que requiere la coordinación interinstitucional de varios actores e instrumentos. Dentro de estas carencias, se pone el acento en la falta de recepción de la voz del NNA, en el tratamiento exclusivo o preponderante de la problemática de consumo del NNA sin poner en consideración otras problemáticas personales y/o familiares, y en el rol de responsable absoluto que, simbólicamente, se le adjudica a la familia del NNA.

Resulta indispensable que los actores institucionales, no sólo intervengan con los procedimientos instituidos sino que sean capaces de producir conocimiento crítico, mirar el proceso, las continuidades y discontinuidades, tomar una cierta distancia de lo realizado y volver a mirar y repensar acerca de presentes y futuras intervenciones, así como reflexionar sobre posibles políticas públicas necesarias para la atención de la presente problemática.

Una de las demandas concretas es que exista la posibilidad de que el centro de vida, sea una institución apropiada para el NNAA, en la que pueda recibir el abordaje para su problemática de consumo por parte de las instituciones de Salud.

Referencias Bibliográficas

Barna, A. (2013). Los derechos del niño. Un campo en disputa. Boletín de Antropología y Educación, Año 4, No 5: 21-25.

Informes Defensoría Provincial de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes

<https://www.defensorianna.gob.ar/archivos/publicacion-ia-2017-web.pdf>

<https://www.defensorianna.gob.ar/materiales/publicaciones/acogimiento-residencial-ensanta-fe---covid-19-3472>

Ley Nacional 26657 de 2010 “Salud Mental”, Argentina.

Recomendación N° 10 de 2024 Defensoría Nacional de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.

Schuch, P. (2013), citado en Villalta, C. y Graziano, F. (2023). Prácticas judiciales y saberes: etnografiando la justicia penal juvenil en la Argentina, Oñati Socio-Legal Series. Instituto Internacional de Sociología Jurídica de Oñati, España, 1-22.

Secretaría de Jurisprudencia, Corte Suprema de Justicia de la Nación Corte Suprema de Justicia de la Nación

Interés superior del niño: protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes/ 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Corte Suprema de Justicia de la Nación, 2020. Archivo digital 2024.

<https://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2021/08/fallos89451.pdf>

Villalta, C. y Graziano, F. (2023). Prácticas judiciales y saberes: etnografiando la justicia penal juvenil en la Argentina, Oñati Socio-Legal Series. Instituto Internacional de Sociología Jurídica de Oñati, España, 1-22.

MODELO ABRA Y STS

“Consumo problemático de sustancias desde el modelo ABRA y STS: Salud integral, autocuidado y comunidad en el marco de la Ley de Salud Mental 26.657”

Por: Leguiza, Nerea Paula y Medina, María Belén (estudiantes avanzadas de la licenciatura en psicología).

Abstract:

El consumo problemático de sustancias requiere un abordaje integral, que trascienda la mirada centrada únicamente en el individuo -apoyada por la lógica médica- para incluir dentro del proceso al contexto familiar, social y comunitario. En esta ponencia, analizaremos cómo el modelo de la Asociación Civil “ABRA:Un camino de evolución”, en conjunto con el STS (Selección Sistemática de Tratamiento), pueden ser una herramienta efectiva para articular una respuesta integral frente a los consumos. Un abordaje desde esta postura implica los conceptos de autocuidado, intervención comunitaria y aprovechamiento de los recursos personales y locales. Promoviendo la salud integral de las personas y su entorno. Como resultado, el mismo estaría en concordancia con los principios establecidos en la Ley de Salud Mental 26.657. A raíz de esto, el objetivo del siguiente escrito es proponer una reflexión crítica y constructiva sobre cómo mejorar la atención de personas que enfrentan un consumo problemático, desde una perspectiva interdisciplinaria que tenga en cuenta a la persona como sujeto de derecho capaz de participar activamente en el proceso de su tratamiento.

Palabras claves: consumo problemático- modelo ABRA- salud integral- autocuidado-comunidad-STs- recursos- interdisciplina.Introducción:

El consumo problemático se refiere al uso de sustancias que impactan negativamente diversos aspectos de la vida. Más allá de los efectos farmacológicos, incluye factores sociales, culturales y familiares que influyen en el consumo. Según la Ley de Salud Mental 26.657 de Argentina, las adicciones son parte integral de la salud mental y deben abordarse respetando los derechos humanos, promoviendo la desinstitucionalización y un enfoque interdisciplinario. Este consumo es visto como un problema vincular relacionado con el entorno y los vínculos personales.

Los modelos ABRA y STS como alternativas para un abordaje centrado en la persona y su entorno.

El modelo propuesto por la Asociación Civil ABRA consta de 4 dimensiones relacionadas entre sí, que permitirían un abordaje personalizado, las mismas son: la persona, la familia, el contexto micro-social y el objeto problema. Desde este modelo se piensa a la persona independientemente de su objeto tóxico o de su problemático. Con el objetivo de evitar una etiqueta que pese sobre el sujeto y funcione como una condena a nivel personal, familiar y social.

El modelo ABRA pone especial énfasis en movilizar los recursos que el sistema consultante trae consigo, reconociendo que el autocuidado es central para promover cambios sostenibles. Además, concuerda con la perspectiva de derechos establecida por la Ley 26.657, que exige un enfoque

centrado en la persona y su entorno, buscando evitar la medicalización excesiva y la institucionalización. En definitiva, el paradigma propuesto por la asociación es multidimensional e integrativo. Teniendo presente durante todo el proceso, a los vínculos entre la persona, el objeto de consumo, el contexto familiar y el entorno micro-social.

Por otro lado, el modelo de psicoterapia basada en la evidencia, conocido como Selección Sistemática de Tratamiento (STS) propuesto por Beutler y Clarkin. Se presenta como una herramienta que les permite a los profesionales de la salud mental y social, organizar sus intervenciones de manera más eficiente algo que es clave en un contexto donde los recursos suelen ser limitados. El objetivo de este sistema fue establecer la planificación de un tratamiento desde una perspectiva más compleja para evitar encasillar un tratamiento determinado para un diagnóstico específico. El STS al igual que el modelo de ABRA, centra sus intervenciones y el desarrollo de sus tratamientos a partir de diferentes dimensiones, las cuales son: Nivel de severidad o deterioro funcional; Estilo de afrontamiento; Complejidad; Nivel de malestar o distrés y Nivel de resistencia.

Ambos modelos resultan ventajosos para el abordaje de los consumos problemáticos. El STS probablemente le sea más útil a los profesionales del área de salud, pero le aseguraría al sistema consultante un tratamiento más personalizado y centrado en esa situación en particular. Es en este punto es en donde se puede compaginar con el modelo de ABRA, ya que el mismo brinda y asegura la posibilidad a todos sus consultantes de ser activos en su proceso de cambio, facilitando las herramientas necesarias para que puedan gestionar su bienestar físico, emocional y social sumado a que todo el proceso de abordaje se realiza desde un equipo multidisciplinario de profesionales.

La importancia de un abordaje integral para los consumos problemáticos.

Los autores Camarotti y Kornblit realzan la importancia de un abordaje integral sosteniendo que, el mismo debería ser considerado como un enfoque inclusivo, intersectorial y preventivo, que busca ofrecer respuestas eficaces y sostenibles al problema de las adicciones. Un abordaje comunitario debe tener presente cual es el significado que está asociado a las drogas dentro de la sociedad y si existen, dentro de ella, algunas estrategias preventivas y/o intervenciones. Esta perspectiva de trabajo busca conocer y valorar todas las propuestas de promoción de la salud, prevención y/o tratamiento que han mostrado alguna efectividad para ese caso y situación en específico.

Al igual que el modelo ABRA este enfoque supera la mirada tradicional centrada exclusivamente en el individuo afectado, ampliando la atención hacia su entorno familiar, social y comunitario, bajo la premisa de que la adicción no es un problema aislado, sino que está inserto en una red de factores psicosociales, económicos y culturales. Teniendo como bases un abordaje multidisciplinario, la participación comunitaria y la construcción de redes de apoyo, la apuesta por la prevención y promoción, la atención intersectorial, el tratamiento centrado en la persona y la reducción del estigma.

Análisis del caso V

V, de 30 años, presenta consumo problemático de cocaína y un historial de recaídas. Desea dejar de consumir para recuperar su independencia y lograr objetivos personales como abrir un showroom. Tiene una relación ambivalente con su madre, quien actúa como fuente de conflicto y apoyo.

Su tratamiento debe abordarse desde un enfoque integral que contemple las dimensiones personal, familiar y comunitaria. A nivel personal, V está en la etapa de contemplación/preparación para el cambio, motivada por deseos como retomar su vida social, profesional y actividades como la meditación. Sin embargo, enfrenta barreras como baja autoestima relacionada con su imagen corporal. Recuperar y trabajar con la carta mencionada en su consulta puede ser clave para entender sus objetivos y fortalecer su percepción de ser escuchada.

En el ámbito familiar, se propone generar un espacio terapéutico con su madre para mejorar la relación ambivalente, establecer límites claros sobre el manejo del dinero y reducir la dependencia emocional. A nivel comunitario, es importante facilitar su reinserción laboral, lo que le permitiría ganar independencia económica y ocupar su tiempo, reduciendo la predisposición al consumo. También se sugiere fomentar actividades físicas o recreativas para ampliar su círculo social y salir de su zona de confort.

Se destaca la utilidad del modelo STS para catalogar información y abordar las múltiples dimensiones del caso, evitando omitir aspectos clave. Este enfoque integral, en línea con los principios de la Ley de Salud Mental 26.657, prioriza no solo la reducción del consumo, sino también los aspectos sociales, familiares y emocionales, promoviendo una recuperación sostenible y significativa.

Conclusión

En la actualidad, el abordaje del consumo problemático de sustancias desde una perspectiva integral y comunitaria es una estrategia clave para enfrentar este desafío, basado en el autocuidado y la articulación de recursos.

El modelo ABRA brinda una perspectiva innovadora y -profundamente- conectada con la realidad comunitaria para abordar el consumo problemático de sustancias. A través de la articulación de recursos, la promoción del autocuidado y la implementación del STS, se propone una intervención que no solo busca eliminar o controlar el síntoma, sino que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida integral de las personas.

Estos enfoques, en concordancia con la Ley de Salud Mental 26.657, fomentan un abordaje más humano, eficaz y respetuoso del consultante, considerándolo una pieza fundamental dentro de su proceso de recuperación al ocupar un rol más activo.

En este sentido, el abordaje integral comunitario tiene como fin ofrecer un tratamiento que contemple todos los aspectos de la vida del sujeto. Partiendo de reconocer que las adicciones no solo afectan la salud física y mental del individuo, sino que tienen repercusiones en su vida laboral, social y familiar. Por lo tanto, el tratamiento debe incluir estrategias terapéuticas y sociales que ayuden a la persona a reconstruir su vida en su totalidad. Referencias bibliográficas.

26.657- Ley Nacional de Salud Mental. (2010).

Camarotti, A. y Kornblit, A. Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. (2015).

Chiarlo, O y Ordano, E. Presentación de un modelo de abordaje inclusivo e integral para los consumos problemáticos.

Gagliesi, P., Lardani, A. y Salgueiro M. Selección Sistemática de Tratamiento, un modelo de psicoterapia basada en la evidencia. (2005).

