

## **A. Informe final del proyecto de investigación**

### **1. Portada**

**1.1 Título del proyecto:** Modos Erráticos de transitar por el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, especializado en salud mental y adicciones.

**1.2 Autoras:** Lic. Yesica Embil, Lic. Ana Alli, Lic. Malena Kiss Rouan y Lic. Jesica Minond

## 2. Índice

Resumen	pág. 2
Introducción	pág. 4
Material y Métodos	pág. 7
Resultados	pág. 9
Tramos, Trayectorias y equipos intervinientes	pág. 8
Consideraciones respecto al caso clínico	pág. 11
Dificultades y facilitadores en las trayectorias terapéuticas	pág. 14
Estrategias terapéuticas	pág. 16
Discusión	pág. 18
Abreviaturas y acrónimos	pág. 21
Referencias bibliográficas	pág. 20

## **Resumen:**

El presente proyecto de investigación tuvo como objetivo describir la perspectiva de los profesionales sobre los recorridos clínicos erráticos de usuarios con consumo problemático de sustancias en el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, especializado en salud mental y adicciones. Con recorridos clínicos erráticos nos referimos a usuarios que establecen con el hospital un vínculo discontinuo y errático. Usuarios que inician el tratamiento, lo interrumpen, volviendo a consultar en reiteradas ocasiones y transitar por diferentes dispositivos dentro del hospital.

Esta investigación es una ampliación de una investigación realizada en el marco de la RISaM (Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental) durante el periodo de 2016-2017 que se tituló: “Encuentros y desencuentros entre los usuarios y los servicios de salud mental”. Es una investigación cualitativa de carácter exploratoria de seis estudios de casos. La selección de la muestra fue hecha a partir de un sondeo con los profesionales de los dispositivos intramuros de la institución.

En la primera parte de investigación, la recolección y análisis de datos se realizó a partir de la lectura de historias clínicas. En esta segunda parte de ampliación el objetivo consistió en tomar como fuente principal la voz de los profesionales que han conformado los equipos terapéuticos de estos usuarios a través de entrevistas semidirigidas. Nos focalizamos sobre las estrategias terapéuticas e intervenciones que realizaron los profesionales con este perfil de usuarios.

Nos propusimos delimitar estos recorridos clínicos para evaluar si existen puntos de recurrencias y repeticiones que abran nuevas estrategias posibles.

## **Introducción:**

Esta investigación es la continuación de la investigación “Encuentros y desencuentros entre los usuarios y los servicios de salud mental” realizada en el marco del programa de formación de la RISAM que funciona en el Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”, especializado en salud mental y adicciones. Si bien la transformación de centro de rehabilitación social a hospital dio apertura a la oferta de atención en el campo de salud mental, en los motivos de consulta, prevalece el consumo problemático de sustancias.

Como ex-residentes, residentes y jefas de residencia de psicología, durante el recorrido que realizamos por la institución, nos ha interpelado el modo en que los usuarios se relacionan con el hospital y particularmente con los tratamientos. Observamos que el vínculo

es generalmente discontinuo y errático en el sentido de que los usuarios inician el tratamiento, lo interrumpen, volviendo a consultar en reiteradas ocasiones. Notamos que esta cuestión se repite en los distintos dispositivos del hospital circulando en el decir profesional como “falta de implicación”, “escasa adherencia” o “ausencia de responsabilidad subjetiva”.

Dentro del campo del consumo problemático de sustancias la cuestión de la discontinuidad en los tratamientos parece ser una problemática relevante para los profesionales de la salud (Intercambios, 2007) quienes manifiestan, de acuerdo a su percepción, que al menos la mitad de los usuarios que consultan no siguen las indicaciones de los equipos (59.3%) y/o abandonan los tratamientos (46.8%).

A partir de un screening inicial con profesionales de los dispositivos de este hospital (Atención a la demanda espontánea, Consultorios externos, Hospital de día, Internación y Agudos) se detectó la relevancia del problema a investigar, tanto en el interés manifestado por los profesionales como en la cantidad de consultantes que fueron ubicados dentro del perfil de usuarios que presentan discontinuidad en los recorridos clínicos. En total mencionaron 77 usuarios de los cuales el 31,1% se repitió en los diferentes dispositivos.

Creemos que la complejidad de la problemática no se agota en las conductas individuales de los usuarios sino que debemos incorporar al análisis las estrategias terapéuticas ofertadas por los servicios de salud, los cambios en la legislación, y en la coyuntura sociopolítica. Al mismo tiempo, para analizar los fenómenos de las adicciones es necesario tener en cuenta los tipos subjetivos constituidos en la sociedad actual. Según Lewkowicz (1999) la adicción se tornó una amenaza para el individuo en el sentido de que constantemente se puede caer en ella. Para el autor la adicción existe como categoría identitaria porque socialmente es posible la subjetividad adictiva. Nos interesó profundizar en la descripción del fenómeno: por qué y cómo ocurre.

También delimitar cuáles son las cuestiones que muestran recurrencias en los recorridos clínicos discontinuos y qué posibles estrategias propician el vínculo terapéutico apuntalado la continuidad del tratamiento. Asimismo nos interesó indagar si las dificultades para el mantenimiento del tratamiento responden únicamente a una cuestión psicopatológica o si se trata de un modo de circulación propio del tipo subjetivo ofrecido por la época.

La finalidad de este estudio consistió en contribuir a la comprensión de la problemática de los consumos problemáticos y realizar un aporte para la construcción de estrategias de tratamiento que favorezcan el cuidado de la salud de los usuarios; así como proponer nuevas líneas de trabajo e intervención.

**Objetivo general:**

Describir la perspectiva de los profesionales sobre los recorridos clínicos erráticos de usuarios con consumo problemático de sustancias en el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, especializado en salud mental y adicciones

**Objetivos específicos:**

- 1) Delimitar las dificultades y los facilitadores que los profesionales identifican en las diferentes trayectorias terapéuticas.
- 2) Ubicar qué hipótesis terapéutica acompañan a los momentos de interrupción en los recorridos clínicos, analizando las revocaciones parciales y totales y los abandonos de tratamiento.
- 3) Delimitar cómo se formulan los planes terapéuticos.
- 4) Indagar cómo se realizan las derivaciones entre dispositivos dentro del hospital y otras instituciones.
- 5) Analizar de qué modo se incorporan en el tratamiento el “autocuidado”, las pautas de alarma y estrategias de regulación de consumo.
- 6) Identificar a qué se nombra como: “falta de implicación”, “escasa adherencia” o “ausencia de responsabilidad subjetiva”.

**Marco teórico:**

Esta investigación se inscribió dentro de la perspectiva de la salud colectiva (De Almeida-Filho, N., Silva Paim, J., 1999), la salud pública (Stolkiner, 2003) y los estudios sobre adicciones (Intercambios, 2007; Oriol Romani, 2010; Lewkowicz, 1999).

Oriol Romani (2010) define a las adicciones como un fenómeno producto de cambios sociales, culturales y tecnológicos. Es un conjunto de procesos a través de los cuales se expresan ciertos malestares más o menos graves que pueden tener causas diversas, pero cuyo problema principal sería la organización del conjunto de la vida cotidiana de un individuo alrededor del consumo, más bien compulsivo, de determinadas sustancias.

De los paradigmas existentes para el abordaje de las adicciones se ha tomado el modelo de la reducción de daños. Éste permite analizar el fenómeno por fuera de la lógica de curar un síntoma o una enfermedad. Dentro de este paradigma, un tratamiento tiene por finalidad acompañar las decisiones de una persona, incluso si decidiera continuar

consumiendo, para orientarlas hacia estrategias de salud y cuidado. Este abordaje permite flexibilizar el encuadre disminuyendo el umbral de exigencia para acceder a un tratamiento.

Para conceptualizar los tratamientos se utilizó el concepto de itinerarios terapéuticos (Cabral, 2009) que refiere a todos los movimientos desencadenados por un individuo para la recuperación o preservación de la salud. Es una sucesión de acontecimientos y toma de decisiones que, teniendo como objeto el tratamiento de la enfermedad, construye una determinada trayectoria. Estos movimientos pueden incluir diferentes recursos que engloban desde cuidados caseros y prácticas religiosas hasta dispositivos biomédicos predominantes.

En esta investigación se trabajó con el concepto de recorrido clínico, contenido dentro del itinerario terapéutico y delimitado al vínculo que se establece entre el usuario y el efector de salud, en este caso, el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte. Dentro de los recorridos clínicos, se delimitaron por un lado las trayectorias, periodos donde los usuarios se encuentran realizando tratamiento en el hospital, y por otro lado las interrupciones, contabilizando el tiempo en que no mantuvo contacto alguno con el efector de salud.

Para abordar este fenómeno se tomaron los conceptos de adherencia al tratamiento y de accesibilidad. El concepto adherencia al tratamiento ha sido investigado por varios autores por considerarlo un fenómeno central del proceso y gestión de la enfermedad. La mayoría coincide en que no existe consenso sobre los componentes del fenómeno ni las condiciones que la explican. Tradicionalmente fue entendida como todas las acciones que un individuo realiza con el fin de mejorar su estado de salud, siguiendo las recomendaciones y prescripciones profesionales. Se espera del usuario que cuide de sí y de los otros de un modo racional, responsable y legítimo. Se lo orienta a favorecer el autocontrol y la toma de decisiones racionales. (Margulies, 2010). En el mismo sentido Martín Alfonso (2004) relevó que los términos cumplimiento y adherencia son utilizados indistintamente y como sinónimos y que en la bibliografía es más utilizado en las prácticas médicas-farmacéuticas. Los autores coinciden en que esta perspectiva desconoce que la enfermedad no solo atañe a los cuerpos individuales sino que atraviesa el conjunto de relaciones sociales.

Nos interesó incluir el concepto de proceso de gestión de la enfermedad el cual introduce la posibilidad de pensar la adherencia en relación con las trayectorias de vida de un sujeto. Éstas están atravesadas por el trabajo subjetivo que una persona puede hacer con el requerimiento de tratamiento, las demandas familiares, laborales y económicas, las estigmatizaciones asociadas a la enfermedad, las condiciones de vida usualmente caracterizadas por la pobreza, la desocupación, la precariedad laboral o habitacional y las dificultades en la accesibilidad tanto a los servicios de salud como a los recursos sociales.

(Margulies, 2010). Ortiz (2006) resalta que las intervenciones para favorecer la adherencia deben estar dirigidas a usuarios, prestadores de salud y el sistema de salud.

En sus inicios la accesibilidad fue definida como el modo en que los servicios de salud se acercan a la población. Esta perspectiva hace hincapié en la oferta que brindan los servicios, pero deja por fuera la subjetividad de los usuarios. Por esta razón, algunos autores (Stolkiner, 2007) complejizaron el concepto al pensarlo como los encuentros y desencuentros entre los usuarios y el sistema de salud. El concepto además puede ser diferenciado entre la accesibilidad inicial en relación al momento en que un usuario ingresa al sistema de salud y la accesibilidad ampliada que permite pensar los encuentros y desencuentros a lo largo del proceso de atención en salud. Esta última perspectiva tiene en cuenta la dimensión de permanencia de un usuario así como la dignidad en la atención. Suele ser descrita desde cuatro aspectos: el geográfico, el económico, lo administrativo y lo simbólico.

## **Material y Métodos:**

### Tipo de estudio:

Investigación cualitativa de tipo exploratorio. Se realizaron entrevistas semi dirigidas a profesionales de Salud Mental.

### Universo:

Profesionales intervinientes en los 6 casos de estudio de la investigación “Encuentros y desencuentros entre los usuarios y los servicios de salud mental”

### Unidad de análisis:

Entrevistas individuales de formato semi-dirigidas a profesionales psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales de los dispositivos de A.D.E, Consultorios externos, Hospital de día, Agudos e Internación del Hospital Nacional en Red Laura Bonaparte, especializado en salud mental y adicciones.

### Muestra de población:

Relevamos el total de equipos profesionales intervinientes en cada uno de los seis recorridos clínicos que componen los casos de referencia (Anexo 2). No se consideraron (a excepción de

un caso donde la consulta en A.D.E resulta significativa por su recurrencia) los equipos terapéuticos de Guardia interdisciplinaria (G.I.D) y Atención a la demanda espontánea (A.D.E), que realizan intervenciones puntuales y acotadas; casos de urgencia y admisiones. La elección de los profesionales fue un muestreo por conveniencia en cada trayectoria. A fines metodológicos, decidimos seleccionar dos profesionales por cada recorrido clínico, dando un total de doce referentes claves a quienes entrevistar. Para llevar adelante esta selección visibilizamos los momentos de cambios relevantes en cada recorrido clínico y cuáles fueron los profesionales que acompañaron al usuario en ese período. Se desestimó como criterio de selección la “mayor permanencia” del usuario en una trayectoria como equivalente a significatividad del mismo en su proceso de salud-enfermedad-atención, aunque se consideró que la mayor cantidad de tiempo referenciado a un equipo podía influir en la información disponible en el recuerdo del profesional a entrevistar. A su vez priorizamos a aquellos profesionales que aún hoy trabajan en el Hospital Nacional “Lic. Laura Bonaparte” con quienes tenemos mayor facilidad de contacto. A los fines de evitar un sesgo en el perfil de los profesionales se decidió elegir profesionales de las diferentes disciplinas que conforman los equipos intervinientes (Trabajo Social, Psiquiatría y Psicología).

#### Fuente de recolección de datos:

Entrevistas individuales de formato semi-dirigidas a profesionales. La entrevista está centrada en tres ejes principales a indagar: la conceptualización del caso clínico, la delimitación de obstáculos y facilitadores en los recorridos clínicos y las estrategias terapéuticas implementadas (Anexo 1)

#### **Resultados:**

##### **Tramos, trayectorias y equipos intervinientes:**

La primera tarea de la investigación consistió en seleccionar la muestra. Relevamos el total de equipos profesionales intervinientes en cada uno de los seis recorridos clínicos (Anexo 2). Los resultados de este primer relevamiento fueron muy heterogéneos entre sí, pero se puede observar que en todos los casos los recorridos clínicos están conformados por más de dos trayectorias, siendo el mínimo dos y el máximo veintitrés. De este modo, se desprende la participación de un número alto de profesionales intervinientes en cada recorrido clínico.



Sin tomar en cuenta, los equipos terapéuticos de Guardia interdisciplinaria (G.I.D) y Atención a la demanda espontánea (A.D.E), que realizan intervenciones puntuales y acotadas; casos de urgencia y admisiones, se relevan que los profesionales intervinientes oscilan de cinco a veintiuno en cada recorrido clínico. Cabe destacar, que este número depende del tiempo que el usuario se encuentra realizando tratamiento en el hospital. Estos extremos los representan Romina, quien comenzó a realizar tratamiento en el año 2016 y tuvo 5 profesionales intervinientes y Clara quien comenzó a realizar tratamiento en el año 2006 y tuvo 21 profesionales intervinientes. Podemos inferir a partir de los datos relevados, que a mayor cantidad de tiempo en la institución mayor cantidad de profesionales intervinientes en el recorrido clínico.

A partir de identificar la cantidad de trayectorias de cada recorrido clínico, nos encontramos con la necesidad de incorporar una herramienta nueva de análisis. Relevamos que en el 80% de los casos, las trayectorias contaban con subpartes, delimitadas por las derivaciones intra-hospitalarias entre los dispositivos de: Consultorios Externos, Hospital de Día, Internación y Agudos. Decidimos nombrar *Tramos* a estos momentos, que presentan tanto diferentes dispositivos de atención como equipos intervinientes dentro de una misma trayectoria.

El concepto de *Tramo* al que debimos apelar mientras recolectábamos los primeros datos, problematiza la definición misma de recorrido clínico errático que habíamos formulado al comienzo del proyecto de investigación: “Usuarios que establecen con el hospital un vínculo discontinuo y errático, que inician el tratamiento, lo interrumpen, volviendo a consultar en reiteradas ocasiones y transitan por diferentes dispositivos dentro del hospital”. El *Tramo* viene a dar cuenta de un momento donde el tratamiento se sostiene, aunque implique un dispositivo diferente o el tránsito entre dispositivos.

Esto se evidencia, en el caso de Clara, nombrada por el mayor número de dispositivos en la primer investigación (Internación, Agudos, ADE, C.E). Fue quien más profesionales intervinientes tuvo: veintiuno. Su recorrido clínico presenta dos trayectorias; la primera finaliza con una derivación al Hospital Moyano, que la usuaria acepta. Regresa re-derivada cuatro años después comenzando su segunda trayectoria en el Hospital Nacional “Lic. Laura Bonaparte”. Esta misma cuenta con doce tramos. Siempre ha aceptado y sostenido las indicaciones terapéuticas, transcurriendo por diferentes dispositivos del hospital.

Usuario	Dispositivo que mencionó	Cant. de Trayectorias	Tramos	Mayor tiempo de tratamiento	Cant. de Prof. intervinientes (sin GID y ADE)	Prof. Entrevistados	En qué dispositivo lo atendió
<b>CAMILO</b>	Agudos	15	En la 15° (4 tramos)	Agudos	12	Trabajadora Social	Agudos
						Psicólogo	C.E
<b>PABLO</b>	C.E	6	No	C.E	10	Trabajadora Social	C.E
						Psicólogo	Agudos
<b>ANTONIO</b>	Internación HdeD ADE	23	En la 3°(2 tramos), la 7°(2 tramos) y la 11°(2 tramos)	“Crisis”	11	Psiquiatra	HdeD y GID
						Psiquiatra	ADE
<b>ROMINA</b>	Internación	2	No	Internación	5	Psicóloga	Internación
						Trabajadora Social	Internación
<b>CLARA</b>	Internación Agudos C.E HdeD	2	En la 2° (12 tramos)	C.E	21	Psicóloga	Internación
						Psiquiatra	C.E
<b>SOFIA</b>	ADE	2	En la 2°(4	Agudos	9	Psicóloga	ADE

			tramos)			Psicóloga	Internación
--	--	--	---------	--	--	-----------	-------------

### **Consideraciones respecto al caso clínico**

El primer eje de la entrevista hizo foco en recabar información que diera cuenta de la construcción del caso por parte de los equipos profesionales intervinientes. Los aspectos a recabar consistieron en la consideraciones generales del equipo sobre el usuario; la composición del equipo tratante; el recorte que los equipos realizaron sobre el motivo de consulta del usuario; la hipótesis diagnóstica; la función del consumo en el caso; los objetivos del tratamiento; y la modalidad del vínculo del usuario con el equipo.

### **Consideraciones generales sobre el usuario**

Al hablar de las características generales de los usuarios se observó en la mayoría de las entrevistas una relación recurrente entre la complejidad del recorrido clínico, la institucionalización de los usuarios y la disponibilidad de la red sociofamiliar. Es destacable que en algunas entrevistas esta complejidad es nombrada como dificultad: “es difícil”, “es una bomba de tiempo”, “siempre en riesgo”.

Se delimitaron dos líneas para analizar, a partir de recurrencias en el discurso: por un lado, el pasaje sostenido y reiterado por dispositivos de salud mental como hospitales monovalentes (“psiquiatrizada”) y comunidades terapéuticas (“impronta de acompañante”), así como también dispositivos carcelarios (“con antecedentes”).

Por el otro, la red sociofamiliar como un faltante “no tener a dónde ir”, “familia que le hace el vacío”, “desamparado”, “errancia”, “sin red”.

### **Consideraciones sobre el equipo profesional interviniente**

Respecto a las consideraciones sobre los equipos profesionales intervinientes es destacable en todos los casos se mencionó que el paciente tenía designado un equipo tratante, siendo éste, en todos los casos (excepto en dos - uno de ADE y otro de CE -) de composición interdisciplinaria con un trabajador social, un psicólogo y un psiquiatra. En seis entrevistas se hace referencia a la “discusión del caso”, “discusión de equipo”, “objetivos del tratamiento”, presencia o ausencia de “interdisciplina” lo que evidencia un horizonte de abordaje

interdisciplinario como práctica institucional esperable. Tres de los entrevistados mencionaron que cada miembro del equipo tuvo una función diferenciada en la dirección del tratamiento pudiendo mencionar qué aspecto fue abordado por cada profesional.

En siete entrevistas apareció una referencia al vínculo entre profesional y usuario con palabras como “enganchada y preocupada”, “paciente querible y respetuosa”, “no se referenciaba”, “buena transferencia”.

Nos resultó llamativo que no se mencionara en ningún caso la existencia de otros equipos intervinientes en el recorrido clínico del usuario, siendo que, tal como se desarrolló en el apartado “Material y métodos”, en todos los casos hay presencia de un número alto de profesionales intervinientes.

### **Consideraciones generales sobre las hipótesis diagnósticas**

Respecto a las consideraciones sobre las hipótesis diagnósticas, es destacable que en seis entrevistas los profesionales mencionaron intervenir bajo la hipótesis diagnóstica de la psicosis. En términos generales no hicieron referencia a una clasificación o marco teórico en particular siendo “la psicosis” mencionada tanto por profesionales psicólogos, trabajadores sociales como psiquiatras. Cinco de los entrevistados mencionaron la “dificultad” para delimitar el diagnóstico porque el usuario “demanda poco”, “no dice nada” o “está deteriorado”. En dos casos profesionales intervinientes de diferentes tramos, coincidieron en la hipótesis diagnóstica.

### **Consideraciones generales sobre los objetivos terapéuticos**

En términos generales se mencionó como objetivo recurrente de los tratamientos la idea de una continuidad en el bienestar del usuario. El mismo pareciera estar asociado tanto al objetivo de alcanzar una estabilidad anímica como al objetivo de mantener una continuidad en el tratamiento. Esto último apareció mencionado como “adherencia al tratamiento”. Otro objetivo que se mencionó reiteradamente es la construcción de la demanda del usuario.

En algunas entrevistas se incluyó dentro de los objetivos el abordaje de la red sociofamiliar del usuario, estando ésta asociada a la posibilidad de construir un sostén. Se hizo mayoritariamente hincapié en la familia, no mencionado otros actores sociales.

En dos casos clínicos se hizo mención a la regulación del consumo de sustancias como un objetivo terapéutico a trabajar. Solo en una entrevista se hizo referencia a descentrar el consumo de la causa del padecimiento: “ubicar que la causa y el origen no es el tóxico”. En ningún caso se hizo mención de la abstinencia como objetivo terapéutico.

Se observaron diferencias respecto al modo de delimitar los objetivos: en algunos casos los mismos se conversan entre equipo interdisciplinario mientras que en otros se menciona explícitamente que esta comunicación estaba ausente, ya sea por un desacuerdo o por “falta de interés”. En términos generales la delimitación de los objetivos terapéuticos pareciera ser una tarea exclusiva de los equipos profesionales y no un trabajo en conjunto con los usuarios.

### **Consideraciones generales sobre el lugar del consumo en la subjetividad**

El lugar que ocupa el consumo en la subjetividad de los usuarios apareció mencionado en la mayoría de las entrevistas al modo de un interrogante respecto a las coordenadas del consumo y a la función que cumple el mismo. En términos generales en las entrevistas no se desplegó un relato singular de la modalidad de consumo de cada paciente y cómo éste se articula a la historia de vida. Solo en tres de las entrevistas se delimitó la función del tóxico, una relativa al ser: “la define” y la otra como modo de apaciguar sintomatología psicótica: “le hace cuerpo”. El consumo apareció mayoritariamente asociado a situaciones de deterioro, excepto cuando tiene una función estabilizante.

A pesar de no ser mencionado como objetivo terapéutico, delimitar el lugar que tiene el consumo en la subjetividad pareciera constituir un objetivo en sí mismo para los profesionales. Podría pensarse que forma parte del discurso institucional sobre el abordaje de consumos problemáticos de sustancias psicoactivas desde una perspectiva de reducción de riesgos y daños.

### **Dificultades y facilitadores en las trayectorias terapéuticas:**

Este segundo eje de la entrevista se centró en ubicar las dificultades y facilitadores que los profesionales de los equipos intervinientes evidenciaban en los recorridos clínicos y cómo los mismos eran abordados dentro del tratamiento. Los aspectos a recabar consistieron en: recursos del usuario (económicos, sociales, subjetivos); delimitación de principales obstáculos en el proceso terapéutico; el trabajo con los recursos y obstáculos en el tratamiento, las derivaciones y los abandonos.

### **Consideraciones acerca de los recursos con los que cuenta el usuario.**

Respecto a la pregunta relativa a los recursos que el equipo interviniente evalúa como presentes en el caso se destacó la mención de la familia como un faltante: el usuario no tiene familia, la misma se presenta de manera intermitente o se considera un recurso “agotado por

el riesgo”. Solo en un caso se mencionó a la familia como “red constituida” en la lectura de un profesional del dispositivo de Atención a la Demanda Espontánea (A.D.E).

Sólo en un caso se mencionó como recurso a un amigo del usuario. No fueron mencionadas instituciones por fuera de la familia y el Estado en términos de derechos específicos: subsidio habitacional y pensión por discapacidad.

En un sólo caso se mencionó el trabajo como un recurso con el que cuenta el usuario. En el resto no se mencionó o se ubicó como faltante.

Respecto a los “recursos subjetivos” fueron nombrados como: el “armado débil”, “lábil”, “tenía pocos”, “sin mucho capital simbólico o posibilidad de introspección”, siendo considerados como un obstáculo al tratamiento. Solo en una entrevista se mencionó “el recurso subjetivo” como algo con lo que el usuario contaría: “el paciente tenía tela”, “tenía inteligencia”, era “un poco manipulador”

### **Delimitación de principales obstáculos para el tratamiento/proceso terapéutico**

Los principales obstáculos para el tratamiento fueron atribuidos al usuario en cuatro entrevistas: “paciente que no habla no dice nada. Pensamiento concreto, cierta debilidad”; “las repeticiones del paciente, poca implicación subjetiva y dificultades para aceptar normas institucionales”; “la soledad y el estar solo”.

Estos obstáculos parecerían entenderse como características o atributos del usuario, no como provenientes de la vinculación con un entorno sociocultural, estructura familiar o cualquier otra categoría relacional, histórica o sociocultural.

En tres de las entrevistas su localización resultó ambigua, no quedando claro si son considerados obstáculos del equipo profesional interviniente, del usuario o del vínculo entre ambos; en estos casos el obstáculo se mencionó en relación a la dificultad para localizar o construir una demanda de tratamiento: “¿qué venía a tratar al hospital? venía al hospital a conseguir una casa, un trabajo y dejar de drogarse: no había más que un contexto vulnerable pero no en urgencia”; “nunca lo vi muy enganchado con el tratamiento”.

Cinco de los entrevistados mencionaron obstáculos del lado de la oferta de tratamiento como “dificultades para maniobrar en la transferencia”, “la escasez de turnos para derivar”, pregunta por “la falla de la oferta de la institución” o por la situación de cambio institucional dentro del dispositivo que podría haber influido en el tratamiento del usuario; “las disidencias en el micro equipo”; “limitantes institucionales”

### **El trabajo con los recursos y obstáculos en el tratamiento:**

En los casos donde se consideró a la familia como “agotada” o con una presencia intermitente, profesionales refirieron haber “trabajado con la familia” no especificando, a excepción de un caso, de qué manera fue abordado dicho trabajo; en el mismo la profesional mencionó el objetivo y la modalidad del trabajo con familia y referentes.

Una de las usuarias contaba con los recursos de subsidio habitacional y pensión por HIV, tenía al padre como único referente aunque descrito como: “agotado”, y se encontraba sin vivienda estable. La profesional entrevistada por dicho caso, consideraba que los recursos “están muy armados y resuelve sola”, quedando el trabajo con los mismos por fuera del tratamiento terapéutico.

En consideración a los recursos articulados o gestionados desde el hospital, además del trabajo con familiares, se mencionaron otros elementos heterogéneos: “información sobre un parador”, “la escucha del padecimiento”, un “taller de carpintería”, la “medicación psiquiátrica”, “agilización de subsidio para vivienda”.

Respecto a los recursos “simbólicos” cuando se considera que son “pocos” los entrevistados mencionaron la dificultad para el trabajo terapéutico con los usuarios, no mencionando estrategias concretas para el abordaje de estas dificultades.

## **Derivaciones**

Resultó significativa la falta de articulación en las derivaciones intrahospitalarias o su escasa mención considerando las características de los casos clínicos relevados y en comparación con el sostenimiento de las derivaciones o interconsultas con otros efectores de salud.

Incluso en una entrevista nombraron como “derivación” al hecho de conseguir turnos con el equipo interdisciplinario de nuevo dispositivo intrahospitalario, sin que acompañe un intercambio entre los profesionales intervinientes.

## **Interrupciones en el tratamiento**

Las interrupciones en el tratamiento fueron mencionadas de manera heterogénea por los profesionales entrevistados como “revocación”, “separación”, “abandono”, “externación”.

En uno de los casos se nombró la interrupción del tratamiento como “separación” por infringir normas institucionales (consumo y situaciones de violencia) en el contexto de la internación.

Tres de los entrevistados presentaron una lectura explicativa respecto al abandono del tratamiento en términos clínicos de orientación psicoanalítica como “un acting out dirigido a

la madre” o “un deseo de presentarse, acá estoy, mirame”. En el resto de los casos donde se menciona el abandono del tratamiento los entrevistados no recordaron las coordenadas del mismo.

### **Estrategias terapéuticas.**

En el último eje de la entrevistas se indagó en relación a las estrategias terapéuticas, haciendo especial hincapié en: las indicaciones terapéuticas (individuales, familiares, grupales, institucionales, intersectoriales); lugar de las decisiones del usuario en el tratamiento; cambio en las pautas de cuidado; estrategias en momentos agudos; alta de tratamiento y referencia del usuario a la institución.

### **Indicaciones terapéuticas**

Se pudieron observar multiplicidad de discursos en relación a los objetivos e indicaciones terapéuticas. En muchos casos apareciendo como un imposible de explicitar. Con el objetivo de vincular algunas prácticas con dichos de los profesionales entrevistados referimos algunas coincidencias y divergencias que encontramos y nos parecen relevantes.

En un sólo caso se observó que la indicación terapéutica consistió en la derivación a otro efector de salud y vivienda. La misma se realizó acompañando el proceso de derivación de forma articulada con el efector de salud. La trabajadora social refirió que “necesitaba un lugar donde externarse con una continuidad de cuidados.”; por su parte el psicólogo manifestó “lo derivamos a un hogar para personas portadoras de HIV, estuvimos tres meses con llamados telefónicos y entrevistas con la gente de la institución, fuimos con él y seguimos el tratamiento allá porque no tenían profesionales, una vez por semana, luego cada 15 días”. Ambos coincidieron en la forma de abordaje.

### **Decisiones del Usuario.**

En relación a las decisiones del usuario en su tratamiento, se pudo observar cómo la lógica de la prescripción en salud es la que aparece como sosteniendo los discursos de los profesionales: “El paciente aceptó porque ya no tenía adonde ir.”, “Estuvo de acuerdo con las indicaciones”, “Aceptaba derivaciones. Nunca abandonó el tratamiento.” y “El paciente no seguía las indicación sobre su situación habitacional.”

### **Estrategias de Autocuidado: cambios en las pautas de consumo y formas de cuidarse.**

En términos generales, el relato de los profesionales no ha explicitado prácticas de



autocuidado y pautas de alarma en relación al consumo problemático de sustancias. No se observaron estrategias ideadas junto a los usuarios en relación a su propio cuidado. Solo en una entrevista la profesional psicóloga hace alusión a una intervención en el marco del autocuidado y la reducción de riesgo; “yo había problematizado con ella el consumo en el Riachuelo. Se puede consumir en otro lado, como un intento de reducir daños.”

En algunos casos han mencionado estrategias de cuidado vinculadas a enfermedades clínicas, especialmente en usuarios con HIV “Estando mal o bien nunca deja los retrovirales.” o derivaciones a efectores específicos “lo derivamos a un hogar para personas portadoras de HIV”. En una de las entrevistas se contempló como práctica de autocuidado el desarrollo de la autonomía del usuario, la trabajadora social dijo “se trabajaron cuestiones relativas a la autonomía, el padre cobraba la pensión, y fuimos armando un camino para que la cobre ella.”

### **Concepciones del proceso salud-enfermedad-cuidados:**

Para cerrar la entrevista se indagó sobre el horizonte de alta para los usuarios con los que trabajan. Las respuestas han sido diversas, y aun desde marcos referenciales heterogéneos, se observó la dificultad para imaginar una posible alta. Se detectaron diferentes modalidades argumentativas.

Se presentaron en tres de las entrevistas, reflexiones acerca de las instituciones, tanto en sus formas de alojar y dar por finalizado un tratamiento: “sigue viniendo porque pudo alojárselo desde lo saludable”, “el rumbo errático es de las instituciones no del paciente.”; como de plantear objetivos en el tratamiento: “Sin una dirección u objetivo interdisciplinario de tratamiento no hay un final. Al no pensar adónde vamos nunca termina y va y viene”

Apareció en dos entrevistas la necesidad de una red que garantice mínimos trayectos y la importancia del registro por parte de los usuarios de su situación, con una apuesta a la capacidad de simbolizar el proceso: “tener registro de lo que pasaba alrededor y estuviera en condiciones de decidir”. “Que pudiera relativizar las ideas persecutorias con la suegra. Que pudiera sostener un trabajo y la red que tenía”, “Si se compensa en su ánimo y disminuye su autoagresión puede sostenerse ambulatoriamente porque tiene mucha adherencia a las indicaciones, cuidando la modalidad de consumo, la paciente misma tiene registro de un consumo más “tanático” que requiere internación.”

## Discusión

Esta investigación intentó describir la perspectiva de los profesionales intervinientes respecto a los recorridos clínicos de usuarios con consumos problemático de sustancias en el Hospital Nacional “Lic. Laura Bonaparte”. Como primer dato de interés se encontró que la definición misma de recorrido clínico errático formulada al comienzo del proyecto de investigación: “Usuarios que establecen con el hospital un vínculo discontinuo y errático, que inician el tratamiento, lo interrumpen, volviendo a consultar en reiteradas ocasiones y transitan por diferentes dispositivos dentro del hospital” resultó poco descriptiva del recorrido de algunos casos, debiendo apelar a un nuevo concepto: *el Tramo*. Éste vino a dar cuenta de un momento donde el tratamiento se sostiene, aunque implique el pasaje por un dispositivo diferente o el tránsito entre dispositivos. Tal el caso de Clara, nombrada en el relevamiento de la muestra inicial por el mayor número de dispositivos (Internación, Agudos, ADE, C.E). cuya segunda trayectoria en el hospital cuenta con doce tramos y quien siempre ha aceptado y sostenido las indicaciones terapéuticas, transcurriendo por diferentes dispositivos del hospital. Este caso llevó a interrogar la noción misma de “lo errático” por parte de los equipos profesionales en tanto los movimientos en la trayectoria de la usuaria responden a indicaciones por parte de los equipos intervinientes, no a discontinuidades o interrupciones de la usuaria.

Resultó interesante el contraste entre la pregnancia de lo “errático” como modo de describir a los usuarios y las lecturas clínicas realizadas de los momentos de interrupción en cada recorrido clínico. Respecto de éstos se relevó en la mayoría de las entrevistas una ausencia de hipótesis clínicas sobre las discontinuaciones de los usuarios. Se desprende de esta investigación la importancia de repensar si lo que institucionalmente se nombra como “errático” es un obstáculo en los tratamientos o si por el contrario es preciso articular las discontinuidades de los usuarios como aspectos necesarios de los itinerarios terapéuticos de personas con padecimientos crónicos. Incluso llama la atención la ausencia en las entrevistas realizadas del concepto de padecimiento crónico en salud mental. Sería una temática interesante para abordar en futuras investigaciones.

La caracterización de los usuarios por parte de los equipos profesionales definió, en líneas generales, dos series de obstáculos para su tratamiento: la “falta de recursos subjetivos” y la falta de recursos sociales, de red, entendida ésta como una trama de ciudadanía (trabajo, vivienda, participación activa en la comunidad, formación), no circunscritas necesariamente al vínculo familiar.

Respecto a la “falta de recursos subjetivos” los mismos aparecieron como características intrínsecas del paciente, ligadas principalmente a su cuadro psicopatológico o al deterioro que este habría producido. En cuanto a la familia como recurso faltante se nombró especialmente como causa el “agotamiento” que el usuario habría producido con su problemática en el sistema familiar. Resultaría interesante ahondar en estas consideraciones en futuras investigaciones para indagar las representaciones de los profesionales en torno al “trabajo con la familia”, para hacer lugar a líneas de intervención en aspectos que se consideran relevantes por su recurrencia por parte de los equipos intervinientes en tanto obstáculo: para dar un alta de internación, para el sostenimiento de un tratamiento o la estabilidad de un cuadro. Sólo en un caso se hizo mención a la inclusión al tratamiento de un amigo del paciente como referente. Hubiera sido interesante recabar explícitamente información sobre esta omisión en otros casos ¿es que no había o el equipo no consideró una red vincular o de apoyo por fuera del modelo familiar?

En relación a los objetivos y las estrategias terapéuticas, se relevó una notoria dificultad tanto para nombrarlos como para delimitarlos. A modo de ejemplo, resulta interesante pensar la estrategia de la flexibilización del encuadre. La misma surgió de la revisión de historias clínicas en la primera investigación que realizamos entre 2016 y 2017 como una estrategia utilizada en algunos casos para alojar a los usuarios en pos de sostener los tratamientos. Sin embargo esta herramienta terapéutica no ha sido mencionada por los profesionales entrevistados a pesar de que sí la han evolucionado en las historias clínicas. Esta diferencia abre un interrogante respecto de cómo son conceptualizadas las intervenciones y si el equipo tratante las percibe como tales.

Por otro lado, resultó llamativo, por su recurrencia, la poca sistematización de las derivaciones intrahospitalarias en términos de sistema de referencia y contrareferencia, especialmente en comparación con el número de profesionales intervinientes y con las características de las interconsultas con especialidades médicas y derivaciones a otros efectores de salud que adquieren un carácter asistido. Se relevó la falta de comunicación entre equipos intervinientes, con más asiduidad que la comunicación hacia adentro del equipo interdisciplinario, aunque ello no es nombrado como dificultad u obstáculo en un tratamiento. Sería interesante retomar este punto en futuras investigaciones, puesto las consecuencias que la incomunicación puede generar en los profesionales de una organización institucional, tales como aislamientos y disminución del sentido de pertenencia, sólo por mencionar algunos (Ulloa, 1969). A los fines de nuestra investigación consideramos que esta característica puede influir en la lectura que los equipos profesionales intervinientes tienen de determinados casos:

una imagen parcial y fracturada -circunscripta a un tramo- al no poder estructurar una imagen integradora por las características de la comunicación institucional que den visión de conjunto al itinerario terapéutico de un usuario o usuaria.

### **Abreviaturas y acrónimos**

A.D.E: Admisión a la Demanda Espontánea

C.E: Consultorios Externos

GID: Guardia Interdisciplinaria

HdeD: Hospital de Día

RISaM: Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental

### **Referencias Bibliográficas:**

- Cabral, A. y otros (2009). Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil en *Ciência & Saúde Coletiva* (2011), Vol. 16 (Nro. 11). Rio de Janeiro. Pág. 4433 - 4442
- Castel, R. y Coppel, A. (1994). Los controles de la toxicomanía en Individuos bajo influencia. Buenos Aires: Nueva visión.
- Comes, Y. y otros (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios en *Anuario de investigaciones de la Facultad de Psicología UBA*. Vol. 14
- De Almeida-Filho N, Silva Paim J. (1999), La crisis de la salud pública y el movimiento de Salud Colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico-Sociales*. N° 75, Mayo de 1999.
- Lewkowicz, Ignacio (1999) “Subjetividad adictiva: un tipo psicosocial instituido. Condiciones históricas de posibilidad” en Dobon, Juan y Hurtado, Gustavo (compiladores) (1999) *Las drogas en el siglo... ¿qué viene?...*, Buenos Aires: Ediciones FAC. Págs. 91 a 107.

- Margulies, S. (2004). La adherencia a los tratamientos: un desafío para la atención del VIH/sida. Una lectura desde la antropología en Actualizaciones en sida (2010). Vol. 18 (Nro. 68) Buenos Aires. Pág. 63-69.
- Ley Nro. 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto reglamentario 603/2013. Boletín oficial, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas en *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 8 (Nro. 1). Rio de Janeiro. Pág. 185 -207.
- Romani, O. (2010). Adicciones, drogodependencias y "problema de la droga" en España: la construcción de un problema social. *Cuicuilco*. Vol. 17 (Nro. 49). México
- Romani, O. (1999). Criterios de prevención: un debate necesario en *Prevenir en drogas: enfoques integrales y contextos culturales para alimentar buenas prácticas*. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas.
- Rossi, D. y otros (2007). Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario: la perspectiva de los trabajadores de la salud. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.
- Stolkiner, Alicia (2003) “Nuevos enfoques en Salud Mental”, 14° congreso Latinoamericano de arquitectura e ingeniería hospitalaria. Bs As.
- Stolkiner, Alicia (2005) “Interdisciplina y Salud Mental” IX Jornadas nacionales de salud mental, I Jornadas provinciales de psicología: Salud mental y mundialización, estrategias posibles en la argentina de hoy. Posadas.
- Ulloa, F. (1969). “Análisis Psicoanalítico de las Instituciones”, en *Revista de Psicoanálisis* N° XXVI. Buenos Aires: APA.