

TESINA

Presentada para acceder al título de grado de la carrera de
LICENCIATURA EN ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

**Título: “Explorando Territorios: El Dispositivo de Acompañamiento
Terapéutico en el Modelo de Salud Mental Comunitaria para el
Abordaje de los Consumos Problemáticos”**

Autor:

Herrero, Eliana Nahir - N° 37.846.762

Director/a:

Lic. Silva Gustavo

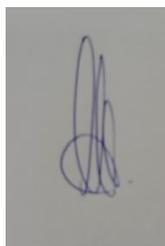
Lugar:

Rosario

Fecha de presentación

04/03/2024

Firma autor



ÍNDICE

RESUMEN.....	PÁG. 3
INTRODUCCIÓN.....	PÁG. 4
DESARROLLO	
CAPÍTULO 1: LEY DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.....	PÁG. 9
CAPÍTULO 2: MODELOS DE ABORDAJE DE LOS CONSUMOS.....	PÁG. 10
CAPÍTULO 3: ACOMPAÑAR TERAPÉUTICAMENTE.....	PÁG. 17
CAPÍTULO 4: SALUD MENTAL COMUNITARIA.....	PÁG. 20
REFLEXIÓN FINAL.....	PÁG. 23
BIBLIOGRAFÍA.....	PÁG. 25

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo brindar aportes bibliográficos que permitan reflexionar sobre la importancia del ejercicio y aplicación dinámica de las competencias del Acompañamiento Terapéutico (en adelante AT), desde la perspectiva de la salud mental comunitaria en los niveles preventivos, de atención y posvención en el abordaje de los consumos problemáticos; para ello se realizará un breve recorrido histórico del surgimiento del AT en Argentina, indagando en los paralelismos entre los distintos modelos de Atención de la Salud Mental presentes en nuestro país (modelo asistencialista y modelo comunitario), brindando aportes conceptuales hasta llegar al AT como Dispositivo, junto al análisis de algunos autores que se han especializado en el tema.

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo surge desde la motivación y el aprendizaje emergentes del momento transformador en la práctica de AT en el que la autora es incluida y validada como becaria profesional de la salud en el Dispositivo Territorial Comunitario (DTC) de la Red Sedronar, en la ciudad de San Carlos de Bariloche, Prov. de Rio Negro.

En esta instancia, en el equipo interdisciplinario, con 11 personas de diferentes competencias, se activa la construcción de espacios de abordaje integrales, flexibles, y dinámicos, abocados al desarrollo y enriquecimiento de cada campo de acción singular y grupal, obteniendo herramientas metodológicas específicas en la praxis, cursos determinados, y un recorrido territorial en un proceso con estructura formativa, basado en las necesidades de las comunidades destinatarias.

Durante la estadía de la autora (en adelante AT), se le solicita, en principio, realizar cursos y formaciones pertinentes especializadas en el abordaje integral de los consumos problemáticos desde el paradigma de Derechos Humanos y una capacitación en “Suicidología Comunitaria”. Esta última hacía referencia a una de las particularidades territoriales que alojaban en la delimitación geográfica (Barrios “del alto Bariloche”) donde se desempeñaba el DTC de BARILOCHE.

La primera experiencia que le permitió comenzar a tener un acercamiento con las comunidades afectadas, fue integrar el “equipo de fortalecimiento institucional”, en “espacio de consejerías”. Esta se desarrolló en dos escuelas secundarias (ESRN N°97 y Escuela Taller Angelelli) del territorio, donde había altos índices de suicidio adolescente, consumos problemáticos y venta de drogas.

En paralelo, junto a la coordinadora del DTC, Lic. en psicología, Paula Hoffer, la AT tuvo la oportunidad de realizar acompañamientos terapéuticos en dupla, a los casos críticos que ingresaban al servicio de salud mental del Hospital Zonal Bariloche – Dr. Ramón Carrillo; hasta tanto, uno de ellos requirió que fuera necesario abandonar el “espacio de consejerías”, para poder involucrarse por un tiempo, exclusivamente, a la elaboración interdisciplinaria e intersectorial de un dispositivo de acompañamiento terapéutico específico que permitiera la externación del Hospital de un usuario, y su posterior permanencia en una “Casa de medio camino” como primera instancia.

Este recorrido nutrió profundamente los conocimientos intersectoriales y le permitió a la autora que se pudiera involucrar con más presencia al “espacio de fortalecimiento institucional”, brindando charlas entre las diferentes instituciones (escuelas, institutos, universidades, asociaciones civiles, etc.) que demandaban información sobre consumos problemáticos y los diferentes dispositivos territoriales que funcionaban en la localidad.

Luego de unos meses, se le solicita a la AT incorporarse en los “Espacio de Escucha Individual”, junto a una Lic. en Psicología. Desde donde se continuaron observando y analizando las demandas recepcionadas para la construcción de espacios que cubran esas necesidades; un ejemplo de esto fue el “Espacio de Escucha Grupal para Familiares y Referentes afectivos de personas que atraviesan situación de consumo problemático”. Es en este escenario, donde la autora se plantea ¿es posible la humanización de la escucha y del acompañamiento a los familiares y usuarios sin patologizar y desde una perspectiva de derechos? Ante una escucha genuina, atenta, activa y humanizadora.

Usualmente las/los ATs suelen estar sujetas y condicionadas a la mirada patologizante de algunas instituciones tradicionalmente retrogradadas, que responden a un modelo hegemónico de la salud que rechaza el revisionismo de este, y de esta forma casi mecánica, se perpetúan sus demandas continuistas, que son potencialmente limitantes.

Es preciso resaltar la importancia de la experiencia mencionada, ya que se desarrolla desde el paradigma de derechos humanos y es aplicada desde el abordaje comunitario de la salud mental, esto denota que transmitir lo que sucede en instituciones y dispositivos que sí permiten construir andamiajes colectivos e innovadores es clave y necesario para continuar reflexionando sobre la importancia de la existencia de estos espacios, no solo para quienes trabajan dentro, sino para sus beneficiarios/destinatarios.

Es prioridad pensar en posicionamientos éticos al momento de ejercer la práctica, ya que nada de lo antes mencionado hubiese sido posible sin tener en cuenta la instancia de formación específica, la necesidad de trabajar intersectorialmente con el tiempo que eso requiere, la observación activa del territorio y la de sus actores principales, iconos de la salud mental comunitaria.

Cada suceso acontecido requirió deconstruir nociones y conceptos afianzados propios de su identidad bonaerense, para poder ejercer comprendiendo las dimensiones particulares del territorio, valorando la salud mental comunitaria como tal y el rol fundamental que se le otorga al Acompañamiento Terapéutico, en la Prov. De Rio Negro, que ha sido la cuna de La Ley Nacional de Salud Mental, y clave en materia de experiencias comunitarias y colectivas concretas, que llevaron a la reforma manicomial Argentina.

Desde aquí acontecen interrogantes que dan lugar a problematizar las diferentes implicancias, aplicaciones y tratamientos conocidos por la autora, sobre la profesión de AT entre las Provincias de Bs.As y Rio Negro: ¿Es posible pensar un abordaje integral de los consumos problemáticos sin la presencia en los equipos interdisciplinarios de un/a AT?, ¿A qué intencionalidades institucionales responden los ATs cuando llegan como agentes externos ante un “caso” particular?.

Se es AT en tanto se es persona, y por ende sujetos políticos, con derechos y una realidad subjetiva atravesada por su propia historia y el contexto sociocultural, político y económico de su presente.

Quien ejerce AT en sí, no debe estar apartado de la realidad social que lo circunda, mucho menos alejarse del encuadre que lo convoca y contrata, ya que esto es lo que delimitará el campo de la práctica y su posterior intervención/quehacer.

El acompañamiento terapéutico y muchas personas que ejercen la disciplina, preceden su marco legal, es parte esencial de la historia misma del paradigma que llevó al surgimiento y creación de la ley 26.657. El acompañamiento terapéutico surge de la ruptura de un modelo-médico-hegemónico-asilar estructurante, limitante y coercitivo, que a su vez transgrede el modelo médico-hegemónico-asistencial, validando su práctica desde el paradigma de derechos humanos, hasta llegar a su actualidad pudiendo enmarcar su disciplina dentro del modelo de salud comunitaria.

En Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657/2010, establece en su Artículo N°4 que:

Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud (Ley N° 26.657. 02 de Diciembre del 2010. Buenos Aires).

La misma se convierte, a partir del 2010, en un nuevo marco legal que ampara las profesiones que acompañaron la ruptura estructural manicomial, ampliando así las formas de abordar los padecimientos psíquicos y estableciendo que el abordaje debe ser integral y para todas las personas contemplando a la salud mental como un proceso que estará determinado por las condiciones culturales, sociales, económicas, psicológicas y biológicas teniendo en cuenta la propia historia.

A lo largo de los años, a través de diferentes sucesos políticos y sociales, se impregnaron huellas en la historia del surgimiento de la figura de AT, la cual se consolida en Argentina, según Rossi, entrada la década de los 80.

Se ampliaron los alcances, incumbencias y el campo de acción de la disciplina, su profesionalización hizo pensar en diferentes miradas, llevando al campo de la práctica un paradigma basado en la concepción de derechos y capacidades de todas las personas.

Pero, actualmente, los choques de miradas de los modelos de abordaje, con sus diferentes posicionamientos, que más adelante en el desarrollo del trabajo se especificarán, son barreras o limitaciones entre las intervenciones posibles para un paciente, ya que se piensan en su mayoría multidisciplinaria e intersectorialmente.

También es real que no todos los formatos institucionales son relevantes por igual hacia las personas, algunos casos requieren de estructuras rígidas en determinados momentos de sus tratamientos y en otras instancias es fundamental la flexibilidad. Los ATs por la naturaleza de la propia disciplina, contarán siempre con la libertad ética de elegir qué posicionamiento en cuanto a los modelos de abordajes es el menos restrictivo y responde mejor a las necesidades de sus acompañados.

Algunos datos relevantes

En el año 2023 se realizó el primer relevamiento Nacional de Dispositivos de Cuidado, Acompañamiento y Asistencia en Salud Mental y Consumos Problemáticos. (Línea de base- año 2023).

Este es el primer trabajo conjunto que se realizó entre la Dirección Nacional de Abordaje Integral de la Salud Mental y Consumos Problemáticos (DNAISMyCP) y la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR). La construcción conjunta de datos sobre las respuestas asistenciales de ambos organismos atiende un requerimiento de la Ley 26.657.

Los resultados obtenidos son un insumo federal estratégico para avanzar hacia un sistema de información que permita la toma de decisiones con base en la integración, la integralidad e inclusión social, permitiendo fortalecer el abordaje en red con base comunitaria, considerando los procesos de continuidad de cuidados.

A su vez, es el primer relevamiento de carácter nacional y público que comprende al Acompañamiento Terapéutico como una de las tantas profesiones necesarias y fundamentales para el abordaje de los consumos problemáticos y los padecimientos psíquicos, tal como se puede observar en la tabla 1, en la que se ve reflejado el índice de la adherencia de la disciplina en los dispositivos de abordaje.

Tabla 1: Distribución de los dispositivos según disponibilidad de trabajadores de la salud y problemáticas asistidas.

Distribución de los dispositivos según disponibilidad de trabajadores de la salud y problemáticas asistidas (en % sobre el total de dispositivos en cada tipo de atención)

Trabajadores de la salud	Salud mental y Consumos problemáticos (n=945)	Salud Mental (n=270)	Consumos problemáticos (n=461)
Psicóloga/o	96	98,1	88,1
Trabajadora/or social	73	67,8	73,8
Operador/a socioterapéutico/a	38,8	5,6	51,8
Médica/o psiquiatra	36,8	37,8	24,9
Enfermera/o	28,3	64,4	16,5
Médica/o clínica/o	23,3	58,9	20,8
Acompañante terapéutico/a	26,7	14,4	28
Nutricionista	15,9	45,6	10,2
Psicopedagoga/o	11,4	15,9	13,4
Terapeuta ocupacional	10,8	15,2	6,7
Médica/o psiquiatra infanto-juvenil	6	11,1	2,6
Médica/o infectóloga/o	1,7	2,6	1,1
Médica/o toxicológica/o	0,5	1,1	1,1

Fuente: 1er Relevamiento nacional de dispositivos de cuidado, acompañamiento y asistencia en SM y CP. 2023



primero
la gente

Esquema de trabajo

En las siguientes páginas se encontrarán con un trabajo de reflexión y exposición a través de preguntas que le surgieron a la autora desde su experiencia personal.

En el cual para encontrar respuestas y brindar un marco teórico en el desarrollo de este, realiza una investigación exhaustiva de revisión bibliográfica. Donde expone autores y fuentes documentales surgidas de la formación en la Licenciatura en la Universidad del Gran Rosario, complementando con la Diplomatura en Abordajes Socio Comunitarios de los Consumos Problemáticos en Derechos Humanos de la SEDRONAR, y material de lectura que enriqueció personalmente el recorrido de la investigadora.

Esta revisión se realiza para acercarse a nociones fundamentales como: dispositivo de acompañamiento terapéutico - salud mental comunitaria - modelos de abordaje.

Desde un posicionamiento crítico y reflexivo concluirá al final de este trabajo con un acercamiento a las particularidades contemporáneas de la profesión de AT en el tratamiento de los consumos problemáticos en siglo XXI.

CAPÍTULO 1: LEY DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Desde la sanción y reglamentación de la Ley de Salud Mental 26.657/10, las problemáticas de consumo fueron planteadas desde una dimensión intersectorial e interdisciplinaria para su tratamiento. Es decir, se reconoce a la persona con consumos problemáticos de sustancias como sujeto de derecho, que goza de garantías plenas, entre ellas, a recibir atención sanitaria, social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo.

Propone también una perspectiva de salud basada en tratamientos dignos, que atiendan las singularidades de las personas y les permitan a las mismas tomar decisiones relacionadas con su atención y tratamiento dentro de sus posibilidades. A su vez plantea que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable y, para esto, parte de la premisa de suponer capacidad en las personas. Instalando una nueva ponderación de los recursos terapéuticos y planteando una lectura crítica de los dispositivos existentes.

La internación es un recurso restrictivo y sólo puede realizarse cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Esta alternativa terapéutica, se caracteriza por ser la más conveniente, y la que menos restringe los derechos y libertades.

La ley exhorta a que en ningún caso puede hacerse diagnóstico sobre la base de: estatus político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso; elección o identidad sexual; o la existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

CAPÍTULO 2: MODELOS DE ABORDAJE DE LOS CONSUMOS

Los modelos suponen un alto nivel de abstracción, y sólo deben considerarse como referencias teóricas de situaciones concretas, históricamente determinadas. Al hablar de modelo se parte de un nivel explicativo amplio que luego debe articularse entre la descripción y el análisis de situaciones específicas. (Menéndez, 1990, p.89).

Resulta imprescindible contrastar los diferentes modelos que han sido utilizados en salud para determinar las acciones que se llevarían a cabo con respecto al consumo de drogas.

En el cuadro 1 se pueden visualizar y resaltar las diferencias empíricas de los modelos existentes, el cruce de estos en la práctica cotidiana del ejercicio junto a otros profesionales de la salud es lo que supone los mayores conflictos y barreras al realizar tratamientos y abordajes que prioricen la subjetividad de las personas bajo los padecimientos psíquicos y sociales de sus consumos problemáticos y/o adicciones.

Cuadro 1: Modelos de abordaje de problemáticas sociales.

Cuadro 1. Modelos de abordaje de problemáticas sociales.		
Dimensiones	Modelo moralista-normativo	Modelo integral-comunitario
Concepción de salud	Categoría cerrada: modelo médico hegemónico (23) orientado hacia la enfermedad como problema individual.	Categoría abierta: crítica al modelo médico hegemónico. Condiciones y experiencias personales y comunitarias. Bien común-derechos de salud.
Objetivos de las acciones con la comunidad	Promover cambios en las personas mediante la intervención en sus entornos inmediatos, buscando modificar pautas de comportamiento. Intentar prevenir riesgos y/o daños.	Acentuar la influencia mutua entre los sujetos y sus ambientes y alentar la problematización de los factores macroestructurales y de la exclusión, evitando la naturalización de los problemas.
Concepción de los sujetos	Beneficiarios/destinatarios pasivos en las intervenciones sociales.	Sujetos de derecho activos en todas las instancias de las acciones comunitarias.
Marco operativo	Promotor de la salud como modelo de rol. Participación comunitaria: profesionales médicos participan en las instituciones dictando charlas o conferencias. Promover el fortalecimiento individual (autoestima, desarrollo de habilidades, resiliencia) lo que implica la búsqueda de salidas individuales a situaciones colectivas.	Basa su trabajo en los cuatro aspectos que integran el modelo denominado de acción-competencia (7). Fortalecimiento individual y colectivo, teniendo en cuenta las relaciones de poder. Formación de redes entre actores colectivos. Promover la conciencia crítica y el reconocimiento y ejercicio de los derechos. Postular la participación como un derecho y considerar la toma de decisiones de modo compartido, redefiniendo el rol del equipo profesional en función del diálogo con la comunidad. Alimentar el sentido de pertenencia de los sujetos a sus comunidades.

Fuente: Kornblit AL, Camarotti AC, Di Leo PF (18).

Sin embargo, el abordaje de la problemática de consumo de sustancias y/o adicciones ha atravesado diferentes paradigmas a lo largo de la historia, que han generado modelos y prácticas diferentes.

A continuación, podrán encontrarse con un recorrido bibliográfico que permite reflejar la diversidad de estos, los cuales han existido en la República Argentina y muchos de ellos con sus diferentes implicancias y formas de aplicación continúan aún vigentes, tanto desde las dimensiones subjetivas sociales y culturales, como desde las prácticas concretas que se desempeñan en torno a la temática mencionada.

1. Modelo Ético Jurídico

Este modelo establece una clasificación de las sustancias en legales e ilegales, más allá de su composición farmacológica. Está centrado en la sustancia y enfatiza las medidas legales y penales, referidas a las sustancias prohibidas.

Como “la droga” se concibe bajo el prisma del delito, el modelo lleva a la criminalización y a la estigmatización de las personas que toman contacto con esas sustancias, independientemente de su uso.

El eje de explicación de las adicciones se ubica en las sustancias psicoactivas ilegales, sobre las que recaerá el nombre de drogas. Desde este enfoque se considera que el agente causal de la adicción es “la droga”. Cualquier uso de sustancias es considerado una adicción, ya que no se distinguen distintos modos de vinculación de los sujetos con las sustancias (uso, abuso y dependencia). De esta concepción surge el discurso de la droga como “flagelo”.

No hay que olvidar que lo que hoy constituye este modelo, deviene de la concepción religiosa puritana que luego busca un ordenamiento jurídico, acorde con su concepción del mundo.

La estrategia del modelo ético-jurídico se dirige a reducir la oferta de sustancias ilegales mediante su penalización y a la reducción de la demanda criminalizando a los consumidores estigmatizándolos y tratándolos como delincuentes.

2. Modelo Médico Sanitario

Este modelo considera a las adicciones como una enfermedad y al adicto como un enfermo. Ubica a las sustancias psicoactivas como agentes causales de adicción, concebidas a la manera de un virus que infecta el organismo y que es indispensable extirpar. En este enfoque las drogas constituyen el agente activo externo a la manera de un agente patógeno, mientras que el sujeto queda en una posición pasiva y situado en el lugar del huésped infectado.

Por último, se concibe el contexto como el ambiente inmediato. En este modelo el uso de drogas debe prevenirse como un problema de sanidad pública, al igual que cualquier enfermedad infecciosa.

La estrategia se dirige a la reducción de la demanda mediante la prevención específica, evitando el consumo de sustancias tanto legales como ilegales y privilegiando la abstinencia como condición. Las acciones más usuales en materia preventiva son charlas de especialistas en drogas. En cuanto al tratamiento, la única posibilidad es el aislamiento. Si la persona no se aísla, contagia, y a su vez tiene que estar lejos de lo que lo enfermó, para poder sanar. El mito de “la manzana podrida”.

El modelo sigue estos pasos con respecto a la persona que consume: identificación, aislamiento y posible expulsión.

Existen algunas representaciones sociales muy arraigadas en la comunidad, a las que podemos asociar a las concepciones que enmarca este modelo, como la idea de que el problema está en “la junta” (las personas que lo pueden “contagiar”). Otra expresión de este modelo se puede encontrar en slogans tales como “la droga mata” y en discursos en los que se sostiene que es “la droga” la que entra en una ciudad (o es introducida por inmigrantes) e infecta a sus habitantes.

3. Modelo Psico-Social

Este enfoque le asigna más importancia a la persona como agente activo en la formulación del trío sustancia - sujeto - contexto. Los consumos problemáticos son una manifestación de un conflicto psíquico del sujeto, como efecto de un trastorno y no de la sustancia en sí y son entendidos básicamente como algo individual.

Este modelo otorga importancia al significado y la función del uso de drogas como modo de comportamiento. Al poner el acento en la relación de las personas con las sustancias, se empiezan a conceptualizar las diferentes relaciones, considerando las categorías de uso, abuso y dependencia.

La adicción, se presenta como consecuencia de trastornos individuales de la conducta, como una forma de satisfacer alguna necesidad del individuo o de respuesta a un conflicto, que puede ser vincular o familiar. No distingue entre tipos de drogas, puesto que lo importante es la relación que el individuo establece con la sustancia.

No hay que olvidar que este modelo también incluye la palabra “social”, por lo tanto, le otorga importancia al contexto micro social entendido como el entorno inmediato (grupo familiar, amigos y allegados) el cual puede ser generador de tensiones y presiones sobre la persona afectada.

Se sostiene la necesidad de crear más centros de asistencia y tratamiento incluyendo la modalidad ambulatoria.

En consonancia, la prevención no apunta exclusivamente a evitar el uso de drogas, sino que incluye estrategias de prevención inespecíficas, promoviendo acciones tendientes al autocuidado y al mejoramiento de las relaciones interpersonales. Cuando se habla de prevención inespecífica se refiere a una propuesta que sostiene que para minimizar el consumo de drogas se debe hacer eje en las situaciones de conflicto individual y/o colectivos que se asocian a los consumos problemáticos.

La trasmisión de información sobre los efectos nocivos de las drogas deja de ser una acción primordial para dar paso a propuestas que tiendan a mejorar la comunicación, reforzar la valoración personal y relacional adquiriendo habilidades para la vida, que favorezcan capacidades para enfrentar el consumo de sustancias, permitiendo la asunción de nuevos roles y promoviendo ofertas alternativas al consumo.

4. Modelo Sociocultural

Desde la tríada sujeto - contexto - sustancia, este modelo le asigna una importancia destacada a la conceptualización de lo macro, es decir: el marco histórico, las circunstancias sociales y las características culturales. Analiza las relaciones que se dan con las sustancias y la significación que le otorga este ámbito macro, al fenómeno de los consumos.

En este modelo, la dimensión subjetiva es leída como un mero reflejo de los problemas sociales, los conflictos psicológicos se ubican como emergentes de condiciones socioeconómicas y ambientales: pobreza, vivienda inadecuada, vulnerabilidad social, etc.

El modelo sociocultural sitúa el consumo de sustancias psicoactivas, como una característica sintomática y social contemporánea. Centralmente apunta a cuestionar las condiciones materiales de existencia, que pueden llevar a los consumos problemáticos.

Busca cambiar las condiciones estructurales que pueden favorecerlos (mejoras laborales, ambientales, habitacionales).

Algunas de las acciones que este enfoque desarrolla, son las intervenciones con la comunidad tendientes a deconstruir prejuicios sobre las drogas y las personas que la consumen.

5. Modelo Ético-Social

A partir del trabajo de Helen Nowlis de 1975, se inició en Latinoamérica un análisis crítico de los enfoques vigentes. Ese mismo año, un grupo de profesionales de FAT (Fondo de Ayuda Toxicológica), bajo la dirección del Prof. Alberto Calabrese, desarrolló el "Modelo Ético Social". Dicha propuesta fue presentada ante la UNESCO y recomendada por este

organismo internacional como modelo de prevención primaria, aplicable a Latinoamérica, y en especial a la República Argentina.

Su perspectiva, inscripta en una sociología crítica, no niega la validez de los enfoques parciales anteriores, sino que los integra en una síntesis superadora y toma en cuenta no sólo la interacción de la tríada sustancia-persona-contexto, sino que introduce elementos no presentes hasta entonces en los anteriores abordajes. Se plantea la preocupación por la existencia, el sentido de la vida, la ética social, la construcción de un proyecto grupal.

El contexto podrá ser tanto el macro como el micro social, pero en clave comunitaria y la persona es básicamente sujeto de derechos.

La configuración del problema es interdisciplinaria, intersectorial y participativa y la estrategia es la construcción de sentidos para esa comunidad en particular. La táctica será la participación de todos los actores interesados, para lograr la construcción de proyectos que se propongan la transformación de su realidad.

6. Modelo De Abordaje Integral Comunitario

Anteriormente se ha podido visualizar la existencia de diferentes modelos de abordaje de los consumos de sustancias, reflexionar también acerca de las prácticas y dispositivos que cada uno promueve.

El Modelo Ético-Social refleja similitudes con el Modelo de Abordaje Integral, ya que contempla la variable comunitaria como eje central, sin descuidar el sentido de la vida de las personas en esa comunidad. En función de estos elementos se puede pensar al primero como un antecedente del integral comunitario.

Se propone trabajar desde el modelo de abordaje integral comunitario cuyo enfoque es relacional, integral y multidimensional. Donde se plantea poner en el centro a las personas con sus trayectorias de vida, con sus historias personales y también colectivas, desde un enfoque de derechos donde el consumo problemático es puesto en relación con el contexto económico, político y cultural en el cual se da.

A su vez, este modelo de abordaje le otorga un carácter central al trabajo en red, entendiendo que no hay una sola institución que pueda intervenir en todos los planos. En este sentido las instituciones, las organizaciones de la sociedad civil, los clubes, las iglesias, son actores territoriales que componen el entramado social y también quienes participan, junto con el Estado en sus distintos niveles, en la construcción de estrategias preventivas y asistenciales.

Este modelo de abordaje integral comunitario considera los consumos como procesos complejos en los que interaccionan las sustancias, las personas y los contextos

a partir del cual se producen los vínculos entre los dos elementos anteriores, atravesados por dimensiones políticas y culturales.

Dicho de otro modo, y retomando aspectos: qué se consume, quién, cómo, cuándo, dónde y por qué son variables contempladas en este modelo.

Los contextos condicionan tanto material como simbólicamente el uso, los sentidos y las formas de vincularse con los otros. Estos a su vez, varían según el tiempo y el espacio donde se desarrollan. Considerar la variable temporal es importante teniendo en cuenta que no se habla de un tiempo lineal, sino que, contemplando los consumos problemáticos en el marco de un proceso, este puede tener momentos de detenimiento, reversibilidad, avances, etc.

Al considerar dinámicamente este proceso temporal, se puede pensar en estrategias que no se trazan de una vez y para siempre, sino que se van repensando a partir de las diferentes condiciones que presentan las personas y sus trayectorias de vida.

La temporalidad, lleva a repensar una representación social muy frecuente, en relación a las personas con problemáticas de consumos, que es la idea de la cronicidad. Esta creencia se manifiesta a partir de percibir a quienes consumen dentro de un proceso que avanza de modo inevitable, hacia un estado de enfermedad crónica en una trayectoria recta, ascendente y sin retorno.

Un posicionamiento diferente a este es pensar que los consumos expresan una coyuntura en la vida de las personas que pueden acotarse, variar y superarse. En este sentido, es apostar a que las situaciones pueden modificarse, trabajando por transformar ese padecimiento desde un lugar de participación y en la medida de las posibilidades de cada uno y cada una. Esta postura, implica deconstruir discursos enraizados que cristalizan ciertos destinos sentenciando “Fulano está perdido, no va a cambiar nunca”.

La Ley de Salud Mental (26.657) en su artículo 7 establece que el Estado reconoce el “derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable”.

Para esto es imprescindible abordar el acompañamiento de las personas a través del intercambio de saberes, lo que incluye la voz de los consumidores, su red subjetiva, el aporte interdisciplinario e intersectorial. También comprende a las redes territoriales y todos los actores comunitarios, desde una dimensión colectiva, aplicándolos y comprometiéndose en la elaboración de respuestas preventivas y asistenciales.

Este modelo concibe la cultura de los cuidados como la base del abordaje integral.

Como mencionan Camarotti y Kornblit en Abordaje Integral de los consumos problemáticos:

Desde esta perspectiva del cuidado se debe partir del trabajo territorial, es decir, se debe entender que son todos los actores sociales que forman parte del espacio comunitario quienes reciben y llevan a cabo prácticas de

cuidado consigo mismos y con los otros. El cuidado no puede entenderse sino a partir de las relaciones que se establecen entre las personas. Por ello, es importante visibilizar el trabajo que se viene haciendo en este sentido. Los sujetos construyen y establecen prácticas de cuidado más allá de los centros de salud, lo que muchas veces se traduce en una mayor efectividad en las formas de cuidar y en los resultados alcanzados. Esto se explica por el hecho de que este tipo de prácticas generan una mayor sensibilidad, confianza, pertenencia y horizontalidad, lo que se traduce en un mayor bienestar de las personas (Camarotti y Kornblit, 2014, p.217).

La integralidad supone construir espacios alojadores, con capacidad de escucha, desde donde podamos interrogar las múltiples dimensiones de la problemática en forma articulada y desde una perspectiva de derechos centrada en las personas.

El trabajo interdisciplinario busca abordar de manera simultánea las diversas dimensiones que componen el problema. Considerando su carácter dinámico, todas estas dimensiones de vida de una persona deben abordarse en situación, en un contexto particular.

La configuración singular de esos aspectos diferentes exige creatividad y diversidad de respuestas integradas.

Por otra parte, este abordaje interpela otro supuesto que es la “homogeneización” de los consumos, ya que comprende la heterogeneidad de las prácticas en torno a los consumos y sus significados.

Frente a la complejidad de las presentaciones actuales, resulta indispensable la necesidad de cambiar el modelo de una única intervención, por el de las intervenciones que se adecuen a las diversas situaciones. Como se ha planteado anteriormente, no todas las personas mantienen relaciones problemáticas con las sustancias, pero para quienes requieran un acompañamiento asistencial, este debe ser acorde a las posibilidades de sostenimiento del mismo.

En síntesis, se puede considerar que el modelo de abordaje integral comunitario propone ubicar las problemáticas asociadas al consumo de drogas desde la complejidad que implican el territorio, las personas y sus trayectorias de vida.

CAPÍTULO 3: ACOMPAÑAR TERAPÉUTICAMENTE

La palabra dispositivo, según la Real Academia Española, proviene del latín *dispositus*, participio pasivo de *disponere* 'disponer', y hace mención al mecanismo o artificio para producir una acción prevista.

Hablar de AT en este sentido implica, realizar previamente un trabajo de campo, que consta de un periodo transcurrido que enfoca su accionar en conocer la subjetividad¹ de quien convoca el espacio y su contexto inmediato, para posteriormente, en espacios interdisciplinarios, pensar y elaborar estrategias de abordaje que instrumenten al dispositivo, que serán llevadas a cabo atendiendo a la particularidad de la situación que atraviesa quien será acompañado/a ya sea en las instancias de prevención, atención y/o posvención.

La disciplina se ha abordado desde diferentes escenarios, y en la actualidad algunas corrientes definen el encuadre de la práctica como un dispositivo en sí mismo, esto sucede cuando, por un lado, se contempla que la demanda emerge desde la vulneración de los derechos de las personas en su vida cotidiana, paradigma erigido en los tratamientos ambulatorios y cotidianos fuera del consultorio que sentaron las bases esenciales para llevar adelante la reforma manicomial; y por el otro, desde que se deja de delimitar la profesión a roles o funciones dependientes de la naturaleza de otras disciplinas, fomentando la propia autonomía de quienes ejercen profesionalmente en el campo de la salud mental, que suelen ser tenidos en cuenta “cuando ya se provocó el incendio”, sea por falta de opciones y frustraciones repetidas, por falta de acceso a los espacios, o por limitaciones de encuadres terapéuticos que no se permiten pasar las paredes del consultorio.

El AT, se configura en la cotidianeidad, a través del cuerpo, en el territorio, en lo que alguna vez se mencionó como el “extramuros”. Se plantea como dispositivo porque comprende múltiples aristas en una sola persona, indaga en el mundo que es cada sujeto, articula con diferentes actores, profesionales, áreas de salud, judiciales, educativas, y sociales. En cada acompañar surge un devenir subjetivo que instala la demanda, la misma que, para ser abordada, debe trascender los límites estructurales del consultorio y la clínica misma.

¹ Subjetividad: “Entendemos la subjetividad como las diferentes maneras de sentir, pensar, dar significaciones y sentidos al mundo. Corresponde simultáneamente al sujeto individual y al conjunto, aunque no hay una correspondencia lineal entre ambos aspectos. Cada período histórico promueve modelos y contenidos específicos. La producción de subjetividad, por tanto, hace al modo en el cual las sociedades y las culturas determinan las formas con las cuales se constituyen sujetos plausibles de integrarse a sistemas que le otorgan un lugar garantizándoles pertenencia. Tiene un carácter histórico-social.” (Edelman, Kordon, 2010).

En línea con el trabajo es preciso mencionar a quienes con su escritura y labor han brindado marco teórico a la profesión, las mismas han sido referencia bibliográfica esencial de la autora en el presente trabajo ²Kuras de Mauer y Resnisky (2007) proponen pensar al dispositivo de AT desde tres aspectos:

- “la naturaleza estratégica del dispositivo”, aquí refieren que lo estratégico del método, es aquello que lo origina, lo organiza, y configura su discurrir. Indicando que no hay posibilidad de suponer completamente con anticipación cuáles serán los instrumentos adecuados para acompañar, esto no implica que el ejercicio sea un “como si” ni un “vamos viendo”, pero sí que requiere de un tiempo subjetivo, analítico del trabajo de campo, que debe anteceder a la elaboración de planes de trabajo o tratamiento. Sin embargo, esto no sucede a menudo, y estos tiempos, que resultan fundamentales en la práctica quedan sujetos a las demandas institucionales y burocráticas, que se alejan de la realidad de quienes solicitan AT.
- “su heterogeneidad”, las autoras refieren dos perspectivas, por un lado, atañe a la formación del AT, a la diversidad de su práctica clínica, y a la multiplicidad de formulaciones teóricas en las que anida, y por otro, mencionan los modos de constitución de los dispositivos, la naturaleza de las relaciones que entabla. Resaltando su heterogeneidad en sus incumbencias y la regulación de su ejercicio. Esto implica comprender que los campos de aplicación varían tanto como quienes ejercen la práctica, lógicamente la particularidad de la historia personal y la formación o quienes han sido sus formadores, influirá proporcionalmente, al igual que los espacios de trabajo por los que transiten.
No se encuentran las mismas incumbencias en quienes desarrollan el método en el ámbito público, de quienes lo hacen en privado, pensar el encuadre de un dispositivo de AT en un centro de salud barrial, diferirá de lo que se demande para acompañar en un domicilio o institución escolar a través de una obra social o prepaga por cuestiones de índole económico, político y social que influyen en la conformación de la subjetividad del acompañado.
- El tercer aspecto es la idea de “red de relaciones” en una triple acepción:
 - A. la red de profesionales que arman un equipo asistencial y diseñan una estrategia para tal fin.
 - B. la red, como enlace de los elementos que hacen al dispositivo: instituciones, encuadre, enunciados teóricos, condiciones y contrato de trabajo, etc.
 - C. la red vincular que se entabla entre el AT y su paciente y el consecuente trabajo en Transferencia.

² El acompañamiento terapéutico como dispositivo. (Kuras de Mauer – Resnizky, 2007).

El AT instaure una modalidad en red, conjunta, y trae consigo la emergencia relacional como base fundamental desde donde desempeñar las funciones competentes.

La apuesta central es suscitar un dispositivo en donde lo vincular es clave para propiciar un espacio seguro, de contención, donde la palabra tenga prioridad tanto como la escucha, sin dar lugar para el juicio, pero con una presencia comprometida, que puede sostenerse con miradas, responsable e implicadamente.

De esta forma se conformarán equipos de trabajo o duplas terapéuticas que suelen ir más allá de lo que históricamente se ha estandarizado Psicólogo-AT, Psiquiatra-AT, se entablan también correlatividades que pueden situarse con profesionales como, abogados, trabajadores sociales, terapistas ocupacionales, profesores de educación física, operadores socio comunitarios, entre otros.

Será conveniente tener en cuenta que las relaciones y articulaciones con otras disciplinas y espacios serán esenciales.

“(...) una territorialidad con perímetros imprecisos y cambiantes define la identidad del acompañamiento terapéutico.” (Kuras de Mauer y Resnizky, 2007, p.29).

CAPÍTULO 4: SALUD MENTAL COMUNITARIA

Desde lo contextual la SC tiene la necesidad de deconstruir las políticas neoliberales imperantes y proponer valores que contribuyan a generar un “progresismo” con equidad, transparencia y participación social en la medida que las prácticas se encuentren asociadas a intervenciones basadas en el enfoque de derechos permitiendo las transformaciones sociales necesarias. (Liborio, 2013, p.141).

Partiendo del siguiente interrogante: ¿cómo se acompaña terapéuticamente “fuera de contexto”?

Es preciso retroceder a la instancia de formación, ya que uno de los pilares de la SC propone como desafío atravesar las disciplinas de la salud desde sus comienzos para generar recurso humano formado:

(...) para la producción de conocimientos, y la transformación de las prácticas que contribuyan a comprender e interpretar las determinaciones sociales de la salud, con el objetivo de superar las desigualdades económicas, sociales y sanitarias presentes en la sociedad donde subyacen las inequidades. (Liborio, 2013, p. 141).

Quienes residen en la provincia de buenos aires, tal vez, luego de algo de autocrítica, puedan coincidir en el pensamiento, de que la “nueva hegemonía” en lo que respecta a la atención en áreas de salud mental es el método clínico psicoanalítico. Esto no es una crítica hacia el método, pero sí lo es, hacia quienes lo practican y enseñan como si fuese la única herramienta posible para trabajar los padecimientos psíquicos.

La salud mental comunitaria propone un paso más allá que contempla integrar áreas clásicamente denominadas como las “ciencias sociales”, la “epidemiología” y la “planificación estratégica”. Compuesta por una polisemia de visiones como, por ejemplo, acerca de la salud, de las controversias y tensiones conceptuales de los subcampos que la constituyen, e incorpora diversas categorías como la de género, poder e interculturalidad, entre otras, como una necesidad para comprender el proceso de salud-enfermedad-atención en su complejidad.

En el proceso de formación como Técnica en AT que realizó la autora en la Provincia de Buenos Aires, precisamente en la Localidad de San Carlos de Bolívar, se intentaba comprender a la dimensión “comunitaria”, partiendo de una idea simplificada en la que, se considera o aconseja que realizando actividades “sociales” con el acompañado, como alguna actividad recreativa, se está trabajando el lazo con la comunidad (pensar que ir al cine, ir al super, son actividades en territorio desde la salud mental comunitaria).

La provincia de Bs.As fue y es el auge del psicoanálisis, el cual se erige como un modelo que, entre paredes nos permite preguntarnos y respondernos. Ahora bien, ¿cómo se llega a un consultorio? ¿Quiénes llegan? ¿Funciona del mismo modo para todes?.

En las poblaciones que el progresismo no ha conquistado ni garantizado lo prometido, donde las deudas para gozar de los derechos básicos, como agua potable, luz, gas, techo, comida, son las que preocupan todos los días, es difícil sostener la idea que alguna persona pueda detenerse a analizar antes de “servir el último cucharón de comida” en el plato de un hijo si es conveniente empezar terapia y destinar parte de sus ingresos en “pagarle a una persona para que lo escuche hablar y no le diga nada”.

La denominada “salud para todos” por la que el reconocido Doctor Ramón Carrillo impulsó la reforma del modelo de atención de Salud Pública, continúa siendo una utopía en determinados sectores sociales.

“Las condiciones de vida objetiva de la gente de los sectores carenciados, especialmente la permanente angustia económica y la lucha por la supervivencia, les impide tener actitudes de previsión en relación a su salud. Por eso la enfermedad irrumpe como catástrofe, es quien corta el normal desenvolvimiento de su vida, lo que les destruye el futuro.

Es evidente que una relación reflexiva con el cuerpo resulta incompatible con su utilización “a full”. El sujeto que utiliza a fondo su cuerpo todos los días, poco puede discriminar entre las sensaciones ligadas al cansancio y las necesidades básicas insatisfechas, y los signos previos de una enfermedad. La comunicación entre el sujeto y su cuerpo está bloqueada, está perturbada la sensibilidad a los mensajes mórbidos. “Quién debe trabajar a sol y sombra, cada día, para poder sobrevivir y alimentar a su familia, no puede darse el lujo de ser atento y solícito con su cuerpo; tampoco puede escuchar el mensaje de sus órganos, ni analizarlos y comprenderlos: esto es un privilegio de clase”. (Videla, 2009, p 21).

Siguiendo los lineamientos de este escrito, es necesario pensar y definir a la salud mental comunitaria, como la compleja dimensión del contexto que transcurre una persona, día a día, en donde la prevención es el caballito de batalla, que no llega siempre, pero que se sostiene como bandera.

Es preciso comprender que se deben reconocer las diferencias de los estratos sociales que se encuentran geográficamente distribuidos en las localidades de trabajo, la clase obrera sabe poner el cuerpo al trabajo hasta que este dice basta; no es casual que los acercamientos a los centros de salud tengan que ver con sucesos emergentes, como infartos, acv, picos de presión, accidentes, intentos de suicidio, entre otros, que pocas veces tienen remedio.

El ritmo de vida inscribe las huellas de la salud en cada quien, lo cotidiano cumple un rol central, ¿cómo adherir a un tratamiento extenso cuando la vida me exige tiempo con remuneración de dinero para sostener los gastos cotidianos?

Cuando se habla de salud mental comunitaria es imprescindible tener en cuenta el contexto que anida a las personas que demandan atención, el lugar del acompañante terapéutico comunitario, estará relacionado con la demandas espontáneas, tal vez con tratamientos, cortos y precisos, en donde la mera compañía tenga que ver con ser un acompañante capaz de nombrar y reclamar los derechos que le están siendo vulnerados a su acompañado en el lugar que corresponda, requerirá de un tiempo prudencial, sin juicios y que muchas veces obliga a estar en alerta constante hasta tanto la peligrosidad de las situaciones hayan cesado, se deberá trabajar con mucha empatía pero sobre todas las cosas, desde la base de la salud y educación popular, enseñando sutilmente y con ternura, a problematizar las cuestiones cotidianas arraigadas en los mundos internos de las poblaciones más vulnerables.

REFLEXIÓN FINAL

Al principio del trabajo se hace referencia al posicionamiento ético que deben tomar quienes deciden involucrarse y hacer acompañamiento terapéutico en temáticas como la mencionada aquí.

¿Se puede pensar en este tipo de abordaje comunitario para los consumos problemáticos de sustancias, sin la presencia de un Estado capaz de generar políticas públicas concretas destinadas a todas las personas sin distinción de sus condiciones económicas particulares?

Como se ha intentado visualizar es una problemática que no distingue clases sociales ni ubicaciones geográficas, y requiere ser abordada en red con la mayor cantidad de sectores posibles, entendiendo que vivimos en una sociedad de consumo atravesada por el sistema capitalista, que impulsa constantemente a consumir para que la vida de cada uno tenga sentido.

El desarrollo de este trabajo fue interpelado por un contexto político, social, económico y cultural, que sostiene en la actualidad la peligrosidad de retroceder en lo que respecta a Salud Mental a tiempos oscuros y hostiles, basados en prácticas deshumanizantes y estigmatizantes, que nuevamente ponen en jaque la perpetuidad de la Ley Nacional de Salud Mental 26657/2010.

Es necesario tener en cuenta y recordar que los derechos conquistados en materia de salud mental, no pueden ser negociados.

En todo caso se debe continuar trabajando en la profesionalización de las disciplinas pertinentes, en la regulación de sus ejercicios, en la incorporación de acompañantes terapéuticos a los sistemas de salud en todos sus niveles, instituciones y dispositivos, en la creación de más dispositivos territoriales de abordaje integral de los consumos problemáticos que sean públicos, gratuitos y de calidad, en la financiación de los mismos, y en la remuneración merecida a los profesionales que deciden trabajar en salud mental comunitaria, teniendo en consideración que quienes trabajan en ellos no deban tener que sostener 4 trabajos diferentes para llegar a fin de mes y poder dedicarse completamente en lo que han invertido tiempo personal de formación.

Los conceptos y el marco teórico presentado, intentaron reflejar que es imprescindible comprender las dimensiones que todo ser humano atraviesa en el proceso de conformación de la identidad individual y social a la hora de evaluar un padecimiento psíquico de un acompañado; que puede haber llegado a su consulta por motus propio o por medio de una derivación de una institución con un diagnóstico preestablecido, haciendo la salvedad de que en cualquier ocasión, la entrevista de primer contacto deberá realizarse de manera interdisciplinaria, despojada de juicios y pre evaluaciones existentes e impuestas.

Se pretendió reflejar también, la importancia del recorrido singular de quienes ejercen Acompañamiento Terapéutico, lo fundamental de la formación constante, el contacto directo con el territorio y el enriquecimiento de los sectores en donde desempeña su labor, para no caer en miradas reduccionistas, impulsadas por los modelos neoliberales que promueven el individualismo, y ya hace tiempo dejan sus huellas en una sociedad que sufre a diario la fragmentación de sus lazos sociales y comunitarios para poder sobrevivir.

Es relevante destacar que los ATs puedan permitirse desempeñar sus funciones desde el modelo de abordaje comunitario, fortaleciendo los lazos de las comunidades con las instituciones o establecimientos más cercanos, articulando con todos los sectores necesarios, teniendo en cuenta que este último es el que permite con mayor amplitud y flexibilidad, desplegar la multiplicidad de estrategias de abordaje que pueden ser posibles para cada acompañamiento.

Concluyendo, es menester en este momento que nos acobija, plantear la relación de simbiosis y evolución complementaria tanto teórica como práctica del dispositivo de AT con la creación de equipos humanos multidisciplinarios y horizontales, con sus respectivas intencionalidades de ennoblecer cada uno de sus campos particulares, bajo los valores del enriquecimiento socio comunitario, y de la salud como derecho humano indispensable e irrestricto, siendo esta simbiosis y evolución en conjunto con el universo comunitario, los faros de dirección hacia los que está destinado este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Augsburger, Ana Cecilia, (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. Cuadernos médico sociales, 81: 61-75.
- Bustos, Graciela. Octubre (2022). ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO COMUNITARIO.
- Camarotti, AC y Kornblit, AL (2015). Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. Salud Colectiva, 11 (2), 211-221.
- HONORABLE CONGRESO DE LA NACION ARGENTINA. (2010, 02 de Diciembre). Ley N° 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>
- Kuras de Mauer y Resnizky. (2007) El acompañamiento terapéutico como dispositivo. Cap.1 “Dispositivos: un concepto bisagra”. Editorial Letra Viva.
- Liborio, Mónica M. (2012). ¿POR QUÉ HABLAR DE SALUD COLECTIVA? Cátedra de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario.
- Menéndez E. (1990). Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica. México DF: Editorial Alianza Mexicana.
- Ministerio de Salud, Argentina. Línea de base- año 2023. Primer Relevamiento Nacional de Dispositivos de Cuidado, Acompañamiento y Asistencia en Salud Mental y Consumos Problemáticos.
- Rossi, Gustavo Pablo. (2007). Acompañamiento Terapéutico. Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores. Editorial Polemos.
- SEDRONAR, Campus Virtual. (2023). Las personas, sus trayectorias vitales y el modelo de abordaje comunitario. Diplomatura en Abordajes Socio Comunitarios de los Consumos Problemáticos con enfoque en Derechos Humanos.
- SEDRONAR, Campus Virtual. (2023). Una aproximación a los consumos problemáticos de sustancias. Diplomatura en Abordajes Socio Comunitarios de los Consumos Problemáticos con enfoque en Derechos Humanos.
- Videla, Mirta. (2009). Prevención Intervención psicológica en salud comunitaria. Ediciones Cinco.