



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

TESINA

LA ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS: Una mirada reflexiva desde Puentes, red de abordaje comunitario para el consumo problemático

Modalidad: Investigación

Apellido y nombre del director: Abraham Martin (martineabraham@hotmail.com)

Apellido y nombre de la estudiante: Ricci, María Fernanda (ferr_ricci@hotmail.com)

Febrero 2022

Agradecimientos

Gracias a mi familia que fueron el principal sostén en este camino recorrido, sin ellos nada de esto se podría haber concretado.

Gracias a mis amigas de toda a vida y a las que fueron apareciendo en el medio de esta hermosa carrera.

Gracias a mi tutor de tesina por la dedicación y paciencia.

Gracias a la Universidad Pública por permitirme ser parte de ella.

Índice

Introducción.....	3
Capítulo 1: ¿Por qué hablamos de consumo?.....	6
1.1. Aproximación a un recorrido histórico	8
1.2. Acerca del concepto de drogas	15
1.3. Clasificación de drogas.....	17
1.4. Paradigmas y modelos de abordaje	22
Capítulo 2: Nueva Ley de Salud Mental n. ° 26.657: breves aspectos generales	28
Capítulo 3: Modelo abstencionista y Modelo de reducción de riesgos y daños	33
3.1. Corriente Norteamericana: Modelo abstencionista	33
3.2. Corriente Europea: Modelo de reducción de riesgos y daños	35
3.3. Relevancia de Intercambios y ARDA	38
3.4. Política pública: Nacional, provincial y municipal	42
Capítulo 4: Puentes: red de abordaje comunitario de consumo problemático	51
4.1. Trabajo social y especificidad	59
Reflexiones finales	63
Referencia bibliografía	66
Anexos	70

Introducción

El presente trabajo corresponde a la tesina de grado de la Licenciatura en Trabajo Social en la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional de Rosario.

El espacio de las prácticas pre-profesionales de 3° y 4° realizadas en el centro de salud Ceferino Namuncurá, ubicado en la zona noroeste de la ciudad de Rosario, fueron significativas porque nos permitió poder observar la problemática del consumo de sustancias en la población. En su mayoría se pudo visualizar en el grupo de los jóvenes, y esto lo pudimos observar mediante el ‘Proyecto de Capacitación para Jóvenes en Paisajismo y Jardinería’, que se dictaba en el bosque los constituyentes, del cual formamos parte, facilitándonos el acercamiento a este grupo etario.

La inscripción a este proyecto no era abierta a toda la comunidad, sino que eran jóvenes en situación de consumo de sustancias psicoactivas, seleccionados por el equipo del centro de salud y los chicos de juventud. Para poder explicar el porqué de quienes eran los jóvenes elegidos, para participar del mismo, nos basamos en lo que plantea Mario Margulis (2008), quien dice que la juventud es más que una palabra, nos habla de una nueva forma de concebir e interpretar la juventud, superadora de visiones homogeneizantes y reduccionistas.

Es a partir de allí que se instaló la necesidad de explorar acerca de los consumos problemáticos, particularmente de las sustancias psicoactivas. Como forma de abordaje, pudimos visualizar, que vamos a tener dos estrategias por un lado la estrategia prohibicionista y por otro lado la estrategia de reducción de riesgos y daños. Por lo tanto, el presente trabajo tiene como propósito profundizar la estrategia de reducción de riesgos y daños como forma de abordaje, tomando la experiencia particular de Puentes, una red de abordaje comunitario para el consumo problemático, ubicado en la ciudad de Rosario.

Coincidiendo con lo que plantean Cymerman *et al.* (2003), la reducción de riesgos y daños es una política de prevención de los daños potenciales vinculados con el uso de drogas más que de prevención del uso de drogas en sí mismo. Es una política social, donde su objetivo principal es disminuir los efectos negativos producto del uso de drogas.

Esta estrategia de reducción de riesgos y daños puede incluir una amplia diversidad de tácticas. “Puede incluir el cambio de las sanciones legales asociadas al uso de drogas;

puede mejorar la accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios de tratamiento; puede tender a cambios en la conducta de los usuarios de drogas a través de la educación; puede también dirigirse a modificar la percepción social acerca de las drogas y de los usuarios de drogas”. (Cymerman *et al.*, 2003, p. 1)

Debemos pensar a la reducción de riesgos daños como un enfoque político que ancla sus modelos de evaluación, de sistematización, sus prácticas y procesos desde una idea de regulación y no de prohibicionismo. Es decir, reubicarnos en una situación donde las sustancias psicoactivas son parte de los objetos con los que nos relacionamos todos; pensar esto en clave de derechos de humanos supone considerar a las personas como libres y autónomas en el uso de las sustancias. Entonces, reposicionar la reducción de riesgos y daños como el enfoque fundamental de una alternativa al prohibicionismo, que es el paradigma de derechos humanos.

La estrategia metodológica que vamos a utilizar a lo largo del desarrollo de este trabajo es cualitativa. “La investigación cualitativa abarca el estudio, uso y recolección de una variedad de materiales empíricos, estudio de caso, experiencia personal, introspectiva, historia de vida, entrevista, textos observacionales, históricos, interaccionales y visuales, que describen los momentos habituales y problemáticos y los significados en la vida de los individuos” (Vasilachis, 2006, p. 24).

En los procedimientos metodológicos se utilizarán diversas fuentes: documentos (normativas, leyes, programas, resoluciones), artículos periodísticos, tesinas, investigaciones y manuales. Se realizará una entrevista semi-estructurada a una de las integrantes del equipo de profesionales de Puentes, siendo la misma un motivo de análisis que nos permite poder conocer más sobre la institución que elegimos como punto de referencia y poder ahondar más en la estrategia de reducción de riesgos y daños como forma de abordaje.

A lo largo de esta investigación nos proponemos desarrollar distintos objetivos, tanto generales como específicos.

Objetivo general:

- Indagar y visualizar cómo son llevadas a cabo las estrategias de reducción de daños en la historia reciente de nuestro país, tomando red Puentes como referencia, que tiene su funcionamiento en la ciudad de Rosario.

Objetivos específicos:

- Indagar y examinar los distintos paradigmas y modelos de abordaje del consumo problemático.
- Indagar y recorrer sobre la reducción de riesgos y daños como política pública a nivel nacional, provincial y municipal.
- Visualizar las leyes nacionales y provinciales vinculadas a la temática.
- Analizar el rol del Trabajador Social frente a la estrategia de reducción de riesgos y daños.

El presente trabajo se dividirá en cuatro capítulos. En el primer capítulo, vamos a realizar un breve recorrido histórico y abordar los aspectos generales del consumo problemático. Creemos que es necesario poder dar cuenta de los distintos sucesos que fueron dándose a lo largo de la historia para poder ir entendiendo el desarrollo que tuvo el consumo de sustancias. Seguidamente, vamos a exponer acerca del concepto droga y sus respectivas clasificaciones. Y, por último, nos vamos a detener en describir los diversos paradigmas y modelos de abordaje que se fueron dando a lo largo de la historia, para así poder entender desde dónde se construyen las distintas miradas a la hora de intervenir.

En el segundo capítulo, brindaremos breves aspectos generales ligado al nuevo abordaje en lo que respecta a la nueva Ley de Salud Mental N.º 26.657. Asimismo, observaremos las implicancias que tiene en el abordaje del consumo problemático de sustancias y el reconocimiento que se le da al adicto como sujeto de derecho.

En el tercer capítulo, se detalla en qué consiste la estrategia de reducción de riesgos y daños, y qué diferencias se presentan con el modelo prohibicionista. Por otro lado, vamos a detallar el rol de dos pilares fundamentales que abordan la temática de consumo problemático como son Intercambios y ARDA. Y, para finalizar se dan a conocer distintas instituciones a nivel nacional, provincial y municipal que trabajan bajo esta estrategia de reducción de riesgos y daños y el marco legal de las políticas públicas.

Por último, en el cuarto capítulo vamos a presentar el funcionamiento de Puentes, la institución que elegimos, para poder tener una mirada más precisa de cómo intervenir desde el modelo de reducción de riesgos y daños, y poder describir el aporte que brinda el trabajo social a la hora de intervenir en la problemática del consumo de sustancias.

Capítulo 1

¿Por qué hablamos de consumo?

Para dar inicio al capítulo, acordando con lo que plantea la SEDRONAR, la Secretaría de Política Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina, en su Manual 2019, denominado *Abordaje integral de los consumos problemáticos*, las problemáticas vinculadas al consumo de sustancias psicoactivas se encuentran dentro de una realidad compleja que nos compromete e involucra como sociedad; “Vivimos, entonces, en una cultura que valora la satisfacción rápida e inmediata, el consumo por el consumo, donde el sistema nos propone todos los días, por ejemplo, un nuevo modelo de celular, con una serie de funciones que nada tienen que ver con la necesidad que vienen a satisfacer -la comunicación-, y que, además, si no se lo posee, uno se queda afuera de la sociedad. La integración a la sociedad se da por el consumo, y se prodigan valores que apuntan más al tener, que al ser”. (2019, p. 18)

Continuando con lo postulado en el Manual (2019) *Abordaje integral de los consumos problemáticos*, cuando hablamos de problemática de consumo debemos tener en cuenta tres puntos:

- El consumo como problema: En la sociedad occidental y moderna, el consumo se torna un articulador social fundamental. Ante el llamado proceso de desinstitucionalización, el cual implica que las instituciones clásicas (la escuela, la familia, la religión, etc.) ya no son capaces como antes de construir las pautas de vida de las personas que forman parte de la sociedad, quedando las mismas en la esfera de las decisiones personales, el consumo se erige como un dispositivo de construcción de orden social. En la sociedad actual, vales por lo que tenés, se enuncia popularmente. El poder adquisitivo y el tipo de consumos que una persona realiza suelen ser ejes constructores de identidad y, por lo tanto, del lugar que esa persona ocupa en el mundo. En este sentido, es interesante recordar que en ciencia la palabra “problema” alude a aquello que se quiere conocer o investigar. Podemos decir, entonces, que abordar los “problemas de consumo” implica estudiar los atravesamientos del consumo en nuestras vidas, cómo nos condiciona, qué papel juega en los padecimientos que transitamos.
- Problematizar el consumo: Consumo problemático no es una herramienta de diagnóstico. No es su objetivo clasificar a las personas ni sus actos. La propuesta fundamental es officiar de herramienta de problematización, lo cual quiere decir construir preguntas con el sujeto que consume respecto de qué papel, a qué le está encontrando respuesta, qué está evadiendo, con ese consumo. Esta pregunta tiene que ser el punto de partida, y debe ser coproducida con la persona,

colocando al sujeto en un rol protagónico desde el primer momento. Quien interviene debe ser apenas un mero facilitador del proceso. En este sentido, podemos decir que todos los consumos se pueden problematizar, ya que siempre pueden incorporarse en un espacio de reflexión y escucha.

– Consumo Problemático - Consumo No Problemático: Si hablamos de consumo problemático, bien podríamos inferir que existen consumos que no son problemáticos. En efecto, teóricamente, hay consumos que tienen cierto grado de moderación que podrían no afectar de manera significativa áreas fundamentales de la vida de una persona. Vale remarcar, para estos casos, que la posible condición de no problemáticos no significa exención de riesgos. No obstante, es importante destacar, desde la estrategia de intervención, que en tipos de consumos como los descriptos, puede ser contraproducente la inclusión de la persona en dispositivos asistenciales, y que, en todo caso, es menester la construcción de espacios de reflexión y/o acciones de reducción de demanda con una lógica no especializada, por ejemplo, la oferta a nivel comunitario de actividades alternativas al consumo, que incluyan lo artístico o lo deportivo.” (2019, p. 22-23).

En nuestro recorrido nos vamos a enfocar en el desarrollo del consumo problemático de sustancias psicoactivas. Cuando hablamos del término sustancias incluimos en la lista tanto a las legales como ilegales. Es erróneo pensar al consumo problemático de sustancias solo cuando se da a través del consumo de drogas ilegales como por ejemplo la marihuana, la pasta base, la cocaína, entre otras. Es por eso que vamos a utilizar el término sustancia psicoactivas y no el de drogas, para alejarnos de la mirada tradicional al referirnos que cuando hablamos de drogas, solo se piensa en la peligrosidad y en lo ilegal. Debemos entender que el problema no reside ni en el sujeto, ni en la sustancia y tampoco solo en el contexto, sino el vínculo que se establece entre el sujeto con las sustancias en un determinado contexto social. Esta mirada social que se tiene sobre la problemática la debemos entender y abordarla como un tema de salud colectiva, que conlleva a un abordaje comunitario del que forma parte cada integrante de la sociedad, las distintas instituciones y el estado.

Es relevante para el abordaje y comprensión del tema desarrollar una cierta aproximación a diversos hechos y debates relevantes que fueron sucediendo en la reciente historia argentina en lo que respecta al consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Entendemos que el consumo problemático de sustancias psicoactivas no se debe observar como un hecho aislado, ni separado del contexto social, económico, cultural, ni del momento histórico en el cual se produce. Consideramos que el consumo está atravesado por

una historia, una genealogía y una multiplicidad de sentidos y prácticas asociadas según la disciplina cultural en la cual se inscriben.

1.1. Aproximación a un recorrido histórico

Para comenzar este recorrido histórico, nos centramos en lo que plantean Raúl Alejandro Corda *et al.* (2014). Ellos desarrollan una interesante línea en el tiempo, donde muestran las diversas respuestas estatales que se dan en Argentina vinculadas a los estupefacientes. Estas respuestas se dan mediante diferentes discursos hegemónicos que ocurrieron a lo largo del siglo XX. Una de ellas fue la respuesta penal, siendo que, en su mayoría, impactaban de manera negativa sobre los usuarios.

Los autores sostienen que, si bien en 1905 en medio de un gobierno conservador se promulgó la Ley n.º 4.687, que consistía en regular las actividades que llevaban a cabo las farmacias y sancionar mediante una multa de cien mil pesos las infracciones ocasionadas a los reglamentos establecidos. Recién con un decreto dictaminado el 17 de mayo de 1919, donde el radicalismo se encontraba gobernando, comenzó a visualizarse una acción represivo-administrativa frente a los desvíos. Con este decreto se dio la primera norma concreta sobre ciertas sustancias, como la morfina y sus sales, la cocaína y sus sales, el opio y sus preparaciones. A su vez no solo se limitó su importación frente a la intervención del Departamento Nacional de Higiene, sino que se instauró para las farmacias y droguerías un registro donde debían quedar asentados los expendios y las existencias. Una nota que realiza el Departamento Nacional de Higiene en 1923 sostiene que las más afectadas por estas normas eran las droguerías y las farmacias, mencionando también a los comercios, peluquerías y consultorios de dentistas. En esa época, distintos artículos periodísticos dieron cuenta que el expendio se daba en paralelo a otras actividades ilícitas, como eran las agencias de loterías y cafeterías, entre otros.

Continuando con la mirada de Corda *et. al* (2014), se puede apreciar que, en Latinoamérica, a partir de la década de 1920, un significativo movimiento que incluía distintos sectores de la medicina, la policía y la prensa luchaba por un agravamiento de las sanciones. Estos sectores se veían influenciados por el discurso positivista predominante en aquel momento histórico. Entre ellos estaba la medicina legal, la defensa social y el

higienismo que “surgió como una forma de controlar la propagación de las epidemias en las ciudades-puerto y luego el movimiento se ocupó de las llamadas ‘plagas sociales’, como la sífilis, la tuberculosis y el alcoholismo. Movilizados por los éxitos de la microbiología en el tratamiento de las epidemias, los higienistas concibieron a la sociedad como un organismo y a los problemas sociales como patologías. Desde ese punto de vista, era importante el papel del ambiente en la producción de enfermedades, concebido tanto en sus aspectos físicos como sociales” (Corda, et. al 2014, p. 12)

En 1924, el movimiento mencionado con fuerte impronta positivista logró que en Argentina se sancionara la primera ley penal, que regulaba las conductas vinculadas a las sustancias como la cocaína y la morfina. Los términos ‘alcaloides’ y ‘narcóticos’ son incorporados al Código Penal mediante la Ley n.º 11.309. Además, se consideran delitos la entrada clandestina al país de las sustancias que venimos mencionando; la venta de quienes, estando autorizados, no hagan receta médica; y la prescripción y comercialización de sustancias en dosis mayores a las indicadas. Respecto a las penas, estas van de seis meses a dos años de prisión. Por otra parte, también hay penas de tres meses a un año de prisión, dirigidas a aquellas personas que no estaban autorizadas para la venta de sustancias medicinales y hubieran realizado la venta o entrega de las mismas.

Luego de dos años, en 1926, mediante un nuevo proyecto del diputado Leopoldo Bard se modificó el Código Penal, mediante la Ley n.º 11.331. Con esta reforma se estableció poder sancionar con penas de seis meses a dos años la posesión ilegítima de sustancias. Estas penas eran tanto para consumidores como para traficantes.

En la década de 1960, la legislación internacional empezó a tener más influencia sobre la legislación nacional. En Argentina, después de tres años, en 1963 se aprobó la Convención Única de Estupefacientes de las Naciones Unidas, suscripta en 1961. Luego de cinco años, se modificó el código penal, mediante la Ley n.º 17.567, donde se aumentaron las penas de 1 a 6 años para los delitos vinculados a las sustancias y, además, se multiplicaron las conductas incriminadas. En 1968, se regularon los distintos asuntos administrativos a través de la Ley n.º 17.818, que están vinculados a los estupefacientes, de conformidad con la Convención Única; en ese mismo año mediante la Ley n.º 17.711 se reformó el Código Civil, donde se dio la posibilidad de que fueran internados los toxicómanos y de restringir su capacidad legal. La internación se efectuaría una vez que lo dictaminara el médico oficial.

De esta manera, comenzó a observarse que las personas que utilizaban drogas de uso ilícito eran vistas como peligrosas e incapaces.

En 1966, se creó la primera institución basada en la rehabilitación y en el tratamiento para usuarios con consumo problemático de sustancias psicoactivas. Seguido de esto, en 1971, se creó el Centro de Prevención de la Toxicomanía y el Servicio de Toxicomanía del Hospital Borda. Al año siguiente, en 1972, se creó el primer órgano estatal en el espacio del Ministerio de Desarrollo Social, mediante el Decreto n.º 452/73. Este se presentó como la Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos (CONATON), constituida por organismos de seguridad representantes de diversos ministerios y ámbitos académicos.

Al poco tiempo en 1973, con el retorno de peronismo se creó el Centro Nacional de Reeducción Social (CENARESO), la primera institución residencial, especializada y monovalente para el tratamiento del uso sustancias. En estos tiempos, surgieron las primeras comunidades terapéuticas, las cuales brindaban un tratamiento alternativo a la internación, basado en un estilo residencial donde iban a concurrir usuarios, muchos de ellos ligados a iglesias evangélicas; el Programa Andrés fue la primera asociación civil que ofreció una respuesta al tratamiento. En forma complementaria, Juan Miguel Llorente del Pozo y Carlos Fernández Gómez (1999) sostienen que las comunidades terapéuticas constituyen un medio terapéutico, cuyo régimen diario consiste en actividades estructuradas y no estructuradas e interacciones sociales que se desarrollan en situaciones y entornos formales e informales, y que constituyen, entre todas, las intervenciones terapéuticas durante el proceso.

Seguidamente, en 1974 se sancionó la Ley n.º 20.771, que aumentó las conductas indiscriminadas del consumo de sustancias y las penas. Las penas respecto a los delitos de tráfico se ampliaron de 3 a 12 años, y la tenencia de estupefacientes pasó a ser de 1 a 6 años de prisión. Junto a la pena, se pensó en atribuir una medida de seguridad curativa a las personas dependientes. De esta manera, el uso de estupefacientes quedó comprendido como delito y enfermedad. En esta lucha que se estaba dando contra la toxicomanía surgió el Departamento de Toxicomanía dentro de la Policía Federal Argentina. Este, en 1984, pasó a ser la Dirección General de Drogas Peligrosas. En relación al tráfico y el consumo de estupefacientes, la información que se venía mostrando era escasa, lo cual hacía que la falta de investigación permitiera el sostenimiento de los distintos discursos, que se iban presentando sin grandes cuestionamientos.

A continuación, retomamos lo postulado por Ana Lía Kornblit *et al.* (2016) quienes sostienen que, en 1989 el gobierno nacional encabezado en la presidencia por Carlos Menem disuelve la CONCONAD y crea la Secretaría de programación para la prevención de la drogadicción y lucha contra el narcotráfico (SEDRONAR), dependiente de la Presidencia de la Nación, generando que se unificara en una sola institución. El objetivo de esta secretaria por reducir la demanda se orienta a la asistencia y a la prevención. Para alcanzar el primer propósito, la institución se va a encargar de diseñar, luego ejecutar y supervisar planes y programas de carácter nacional, alusivos a la prevención y a la capacitación de agentes de la comunidad insertos en la temática del uso indebido de alcohol y sustancias y sus respectivas consecuencias. Su alcance se va a extender a todo el país, adquiriendo la cooperación y el conceso de organismos no gubernamentales y gubernamentales. En cuanto al segundo propósito, se busca facilitar la rehabilitación y la asistencia de aquellas personas que hacen abuso o dependen de las sustancias y que, se encuentran carentes de recursos adecuados, impidiendo de este modo poder acceder a al tratamiento que necesitan. Para ello, cuentan con un centro de orientación y consulta encargado de asesorar a quien lo solicita.

De esta manera, debido al consumo de sustancias que se venía dando, se requería que a nivel nacional se brindaran respuestas acordes a las circunstancias que se estaban presentando. Fue así como las políticas sociales sufrieron significativos cambios durante el gobierno neoliberal menemista, una forma de Estado que se desentendía de los derechos adquiridos por años por parte de la ciudadanía, pues para ello el sentido del mercado es achicar al estado, posicionando al mercado como el eje organizador de la sociedad. Siguiendo esta línea, cuando hablamos de ‘neoliberalismo’, nos referimos a una época signada por políticas de ajuste fiscal, privatizaciones de empresas del sector público, achicamiento del Estado y apertura indiscriminada de los mercados.

Durante el gobierno de Menem (1989-1999), se adoptó una política de drogas de tolerancia cero, sobre la cual ampliaremos más adelante. A partir de la aplicación de la Ley n.º 23.737 (Ley de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes), se produjo una importante demanda de tratamientos por derivación judicial. En cuanto a la financiación, tuvo un respaldo por parte del Estado a través de becas y la obligación de las medicinas prepagas y obras sociales de brindar determinada cobertura. La oferta asistencial que marco esta década de los ‘90 estuvo dada por la norma de abstinencia al consumo, la que tuvo diversas críticas.

Una de ellas fue que “la condición de ingreso a los tratamientos es la suspensión del consumo, lo cual nos ubica en una situación paradójica: aquellos que concurren a un servicio con el objetivo de dejar de consumir, deben hacerlo antes de comenzar el tratamiento” (Kornblit, et. al 2016, p. 28). Frente a estas normas que se intentaban imponer, coincidimos con las críticas que se le hacen, reafirmando una vez más que el eje principal no debe estar centrado en la sustancia sino en el sujeto.

En Argentina, en esta etapa se pueden señalar tres sucesos importantes que permitieron comprender el consumo de sustancias psicoactivas a partir de los años noventa, de las cuales hablaremos más adelante. Entre los sucesos, podemos referir, en primer lugar, la aparición del *virus de la inmunodeficiencia humana* (en adelante, VIH) y la hepatitis C; en segundo lugar, la introducción de programas asentados bajo la lógica de reducción de daños; y, por último, el consumo recreativo de drogas de síntesis.

En relación al primer punto, la década del '90 mostró que el VIH/sida y la hepatitis C eran un grave problema que se relacionaba con el uso de drogas ilegales por vía endovenosa y, en menor medida, con otras modalidades de consumo de drogas ilegales. No significa que la aparición del VIH/sida comenzó en esta etapa, sino que alcanzó una mayor magnitud en este momento. Según datos estadísticos, a partir de 1992 los casos notificados de sida en residentes de la ciudad de Buenos Aires ascienden notablemente, observándose que el año de mayor incidencia fue 1996. A partir de este año comenzó a decrecer el número de nuevos casos de sida.

Para 1998, el 41 % de la población total del país enfermos de sida eran usuarios de drogas por vía endovenosa. Esta situación contribuyó a reforzar el estereotipo de los usuarios de drogas como personas autodestructivas y no preocupadas por su salud, percepción que se agravaba por la creencia de que ahora también eran “culpables” por diseminar la epidemia del sida. Consideramos que los programas de reducción de daños pueden haber contribuido a disminuir el porcentaje de personas con antecedentes de uso de drogas por vía inyectable entre los nuevos infectados por el VIH, que se da a partir de 1996. Sin embargo, un dato a considerar es que el 57 % de los nuevos diagnósticos del grupo de UDIS13, lo hace cuando aparecen los síntomas, mientras que en el resto de la población esta proporción desciende al 33%.¹⁴ Este es un punto importante a ser tenido en cuenta por los programas que atienden a los UDIS, que muestra la dificultad de esta población para acceder a los servicios de salud.

El tercer punto relevante en esta etapa es el que denominamos consumo recreativo de drogas de síntesis. Resulta interesante remarcar que en Argentina se consolidaba de manera simultánea, por un lado, un nuevo tipo de consumo, que tenía la particularidad de ser recreativo, permitir la experimentación, especialmente en jóvenes de niveles socio-económicos y niveles de instrucción

más altos, y por otro lado, se incrementaba el consumo de drogas por vía endovenosa entre los jóvenes urbanos de niveles socio económicos bajos, con altos niveles de fracaso escolar y dificultades de inserción social. Este fenómeno tiene su correlato en la agudización de las diferencias en la distribución de la riqueza a la que condujo el modelo liberal en muchos países occidentales, lo que llevó a la falta de trabajo, la pobreza extrema y la exclusión social de amplios sectores en la sociedad. En oposición a estos sectores marginales, aparece otro sector cada vez más reducido, que logra intensificar su riqueza. Dada esta polarización, las sustancias que se consumen varían según el sector social al que se pertenezca. Los sectores más vulnerables consumen drogas baratas y de mala calidad como la pasta base, el paco, pegamentos, etc., mientras que los sectores sociales más altos se inclinan por las denominadas drogas de síntesis, entre ellas éxtasis, popper, ketamina, y anfetamina en polvo. (Kornblit et. al 2016, p. 28-29)

A nivel internacional, más precisamente en Europa, en ese momento en la década delos '90 las políticas en materia de consumo se pensaban en la aceptación de un enfoque que cuente con alternativas a la prohibición del consumo de sustancias. De esta manera, se dio la posibilidad de que lo que Kornblit *et al.* (2016) denominan “el problema de la droga” pudiera tener una mayor comprensión, disminuyendo de esta manera ciertos estereotipos y prejuicios que se fueron generando en el consumo de drogas como un problema social y, a su vez, pensar en incluir los derechos de los usuarios; algo que es primordial en este recorrido, pensar a los derechos como eje fundamental en esta búsqueda de alternativas, pensar estrategias que le den valor y que incluyan los derechos que le corresponden a cada uno de los usuarios.

En el 2003, con el gobierno de Néstor Kirchner en Argentina se originó un hecho histórico, donde Ginés González García, quien era el ministro de Salud de la nación en ese momento, presentó un proyecto regional para la reducción de daños, con el nombre de Prevención de drogas y del sida en países del Cono Sur, el que fue auspiciado por la oficina contra la droga y el delito de la Organización de las Naciones Unidas (en adelante, ONU) y por la ONUSIDA quien financió este proyecto, y fue ejecutado por la Asociación Civil Intercambio. Las tareas del proyecto se basaron en repartir preservativos y jeringas como programa sanitario a usuarios de drogas, se brindó a todo el país, pero comenzó a realizarse en un primer momento en la ciudad de Buenos Aires, San Miguel, Esteban Echeverria y Lanús.

Retomando un artículo de las autoras María Soledad Llovera y Marina Scialla (2017), se plantea que, en Latinoamérica, en esta primera década del siglo XXI, se observaba un

complejo debate en relación a los resultados del prohibicionismo para desafiar los problemas ligados a la venta y al consumo de sustancias. Es así que Argentina no quedó al margen de esta discusión y en el año 2007, en el primer mandato de Cristina Fernández de Kirchner, se estableció una secuencia de medidas. Una de las que se destacó fue el surgimiento del Comité Científico Asesor en Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja, con Mónica Cuñarro a cargo, proponiendo modificaciones legislativas. Cuñarro (2017) sostiene que las políticas de drogas que se llevan adelante desde una lógica represiva han resultado un fracaso. Los motivos que se plantean se deben a que no se han eliminado los cultivos, el consumo aumentó y en medio de todo esto se advierte una reducción de los derechos de los ciudadanos. Se observa un avance de los estados policiales por encima de las garantías de los ciudadanos. Es por este motivo que planteo recuperar la base de por qué se crearon los instrumentos de derechos humanos, que son instrumentos con los cuales los ciudadanos pueden poner un límite a los estados, a los estados policiales cuando se intenta avanzar en el abuso de las garantías.

Para Llovera y Scialla (2017), la diferenciación de posiciones en la despenalización de la tenencia de drogas para el consumo personal quedó bien acentuada en el interior del poder ejecutivo nacional a raíz del altercado entre Aníbal Fernández, quien fue primero Ministro de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos y luego Jefe de Gabinete de Ministros y José Ramón Granero, quien fue titular de la SEDRONAR hasta finales del 2011. Consideramos que estas diferencias dan cuenta de una gran confrontación de enfoques en el diseño de políticas.

Por un lado, la postura de Fernández se basaba en que la política en materia de droga debía sostenerse bajo dos pilares complementarios, pero a su vez diferenciados: por un lado, el derecho a la salud a partir de la descriminalización de los usuarios de sustancias y por el otro lo referido a la persecución del crimen relacionado al tráfico de estupefacientes. Por otra parte, Granero manifestó una posición contraria a la despenalización porque sostenía que aún no se contaba con un sistema de salud con las condiciones óptimas para llevar adelante esta tarea. Entrando en diálogo con Ramón Granero creemos que, no se encontraba preparado para abordar las distintas situaciones de consumo de manera interdisciplinaria, con déficit estructural y falta de profesionales que puedan abordar la complejidad que implica el consumo de sustancias en sus diversos aspectos.

En este contexto signado por intensos intercambios sobre la definición política sanitaria de los distintos abordajes a la temática desarrollada, la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina en el año 2009 dictamina lo que luego se conocería popularmente como “Fallo Arriola”. Este constituye la causa iniciada a cinco personas, a quienes se les hallaron tres cigarrillos de marihuana y fueron detenidas al egresar de una vivienda en la cual se sospechaba que se llevaba a cabo la venta de estupefacientes. “La Corte, considerando los fundamentos de los fallos Bazterrica (1986) y Montalvo (1990) declaró la invalidez del Artículo n.º 14 de la Ley n.º 23.737, dado que entraba en contradicción con el Artículo n.º 19 de la Constitución Nacional al invadir el ámbito de la libertad personal, el cual se encontraba excluido de la autoridad de los órganos estatales. En este sentido, se planteó la inviabilidad de continuar penalizando la tenencia de estupefacientes para uso personal “que se realice en condiciones tales que no traigan aparejado un peligro concreto o un daño a derechos o bienes de terceros”. (Llovera y Scialla, 2017, p. 86)

Coincidiendo con lo que plantea Touzé *et al.* (2012) el Fallo Arriola puso sobre la mesa la necesidad de que las políticas de drogas fueran modificadas, manifestando que se ubicara con urgencia la situación de los usuarios en el ámbito de la salud pública. Sin embargo, esta situación podría generar el riesgo de la medicalización de los usuarios de sustancias, causando procesos de etiquetamiento en los cuales serían catalogados como enfermos mentales. Es por eso que distintos especialistas pretenden que se distinga entre usos, consumos y consumos problemáticos. El enfoque de derecho en materia de salud mental fue respaldado mediante el desarrollo de las políticas públicas a partir de la Ley de Salud Mental n.º 26.657 sancionada en 2010, la cual ampliaremos en el próximo capítulo.

1.2. Acerca del concepto de drogas

Luego de haber mencionado distintos sucesos históricos a nivel nacional, regional e internacional, quizás nos resulta relevante confeccionar una introducción necesaria, para abordar conceptualmente al consumo problemático. Para tal imperativo definiremos el término ‘drogas’, donde adoptaremos la definición que da la Organización Mundial de la salud (OMS) definiendo a la droga como:

“toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.¹”

En una entrevista que se le realiza a la licenciada Alicia Stolkiner² establece que el consumo problemático es suficientemente ambiguo como para pensar que dentro del consumo entran sustancias ilegales, penalizadas y legales.

De esta manera, quedó claro que son muchas las sustancias que se podrían considerar como drogas. Haciendo referencia a lo que plantea Susana Ryan (2009), la distinción que vamos a realizar es en referencia a aquellas que se denominan drogas psicotrópicas, que “son las sustancias que actúan sobre el sistema nervioso central, modificando las percepciones y/o las conductas. Si consideramos las sustancias psicotrópicas, psicoactivas o psicomoleculares (a veces mal llamadas estupefacientes) podemos afirmar que existen muchos tipos de drogas. Además de la marihuana, la cocaína, el paco, el LSD y otras. También son drogas el tabaco, el alcohol, las pastillas para dormir, las anfetaminas. Algunas drogas son de origen natural, producidas a partir de vegetales (marihuana, alcohol) y otras son de origen sintético o artificial (ketamina, éxtasis) sin que esto implique que causen mayor o menor problema al momento del consumo.” (2009, p. 15)

La sociedad juega un rol muy importante en la construcción de cómo se aborda el tema de las drogas. En función de lo postulado en el Manual 2019 de la Sedronar, vivimos en sociedades democráticas en donde las personas son libres y pueden pensar lo que deseen. Si bien esto es así, y por más que cada persona individualmente puede pensar desde su propio punto de vista, no hay que dejar de ponderar el hecho de que la sociedad en su conjunto ocupa un lugar destacado en la construcción de significados y representaciones individuales. En cierta medida, la sociedad impacta en la construcción de identidades y el modo de ser de cada persona, su forma de pensar, sus hábitos, el modo de vestir, sus gustos, etc. A partir de estas construcciones sociales, cada comunidad va confeccionando sus reglas, sus creencias, y los

¹ http://www.oocities.org/marcelah_arg/qdroga.pdf

² La entrevista que se le realiza a Alicia Stolkiner puede ser consultada en el siguiente enlace: <https://campuseducativo.santafe.edu.ar/entrevista-a-alicia-stolkiner-consumo-problematico/>

indicadores de lo normal, lo anormal, lo natural o lo antinatural, lo que se espera de cada uno de sus miembros, lo que está bien o lo que está mal.

Creemos que muchas veces el contexto social en el que nos encontramos insertos influye en las conductas que las personas tienen hacia los consumos. En este sentido, en el manual *Abordaje integral de los consumos problemáticos* (2019) se va a plantear que al referirnos estrictamente a consumo de sustancias nos tropezamos con uno de los campos de la vida social en donde circulan ciertos mitos, estigmatizaciones y prejuicios. Se suele pensar que los adictos son delincuentes o enfermos. Los estigmas y prejuicios dirigidos a los consumidores muchas veces actúan como trabas para que las personas puedan acceder a un tratamiento adecuado. Tal es así, que es fundamental romper ciertos mitos, desnaturalizar las miradas, criticar ciertas conductas prejuiciosas y tender un puente al consumidor incluyéndolo para que él mismo no se auto segregue.

1.3. Clasificación de drogas

De esta manera resulta necesario desarrollar la clasificación social de drogas. Las mismas son establecidas como tal en un tiempo y un lugar por parte de la sociedad y de las políticas definidas por diferentes gobiernos. Como afirma Ryan:

La clasificación social divide a las drogas en: **LEGALES**: son las socialmente aceptadas, de producción y distribución dentro del circuito legal. Ejemplos de ellas son: el café, el mate, el tabaco, el alcohol. Dentro de las legales también se encuentran los medicamentos, pero dado que algunos de ellos tienen requisitos para ser adquiridos, se los diferencia como sustancias legales reguladas o bien intermedias (puesto que requieren de la intermediación de una receta debidamente extendida por un profesional habilitado). **ILEGALES**: son las socialmente prohibidas. La producción y distribución de estas sustancias se realizan a través de un circuito ilegal clandestino. En nuestra cultura, por ejemplo, son drogas ilegales la marihuana⁸, el paco, el éxtasis, la cocaína, el LSD, entre otras. (2009, p. 15)

Muchas veces se piensa que, si una droga es legal no va a generar ningún daño. Pero la mirada de Ryan (2009) sostiene que las drogas pueden causar daños, más allá de que estén permitidas o prohibidas, pues todo va a depender de cómo, cuánto y dónde la consuma.

Retomando nuevamente la postura de Kornblit *et al.* (2016), van a plantear que la sociedad occidental actual parte de que el consumo o uso de drogas es un ‘problema’, durante décadas frente a esto la respuesta más frecuente viene de la mano del disciplinamiento social, lo que se traduce en la discriminación y estigmatización de las personas que hacen uso de estas prácticas. En la base de estos dos conceptos nos vamos a encontrar con el de estereotipos sociales, que hace referencia a creencias de determinados grupos, que son compartidas por los miembros de una cultura, adjudicándose un conjunto de atributos a un determinado grupo social. Cuando los estereotipos están vinculados a evaluaciones negativas dirigidas hacia determinados grupos sociales estamos frente a un prejuicio, cuando este último junto con la estigmatización implican la adopción de conductas de rechazo hacia grupos sociales específicos, en diferentes dimensiones y matices, estaremos hablando de lo que se llama discriminación.

A continuación, vamos a detallar distintas representaciones y estereotipos que la sociedad tiene frente al consumo de drogas que se desarrollan en el escrito de Kornblit *et al.* (2016):

- Cuando se habla de ‘la droga’ como causa de muchos de los males sociales se está concibiendo a una sustancia, es decir, a una “cosa” como protagonista de un proceso, sin advertir que el consumo de drogas es una consecuencia de una serie de influencias que llevan a que las personas incurran en esa práctica. Por otra parte, hablar de la droga en singular lleva a no tener en cuenta las diferencias entre los tipos de sustancias y sus efectos, así como a ocultar la importancia del consumo de las drogas cuyo uso está legalizado, especialmente el alcohol.
- Cuando se habla del ‘flagelo’ de la droga se establece una relación entre, por un lado, el castigo divino, la droga como castigo por una sociedad pecadora y, por otro, se habilita una respuesta igualmente agresiva: al flagelo hay que “combatirlo” con medidas drásticas que depuren a la sociedad de este ‘mal’.
- Cuando se asocia el consumo de drogas a los jóvenes se limita el análisis del tema a la adopción de conductas por parte de un determinado grupo etario, ocultándose las raíces sociales que están influyendo para que ese grupo adopte tales conductas. Se niega así la responsabilidad de los adultos en la construcción del mundo que se les ofrece a los jóvenes, parte de los cuales pueden no encontrar cabida en él y, asimismo, se ocultan los consumos de drogas que llevan a cabo los adultos.
- Cuando se habla de la ‘escalada del consumo de drogas’ se introduce un esquema determinista y unicausal en el que nuevamente ‘la droga’ es el agente activo: el sujeto nada puede hacer frente al poder de la sustancia, que lo conduce a consumos cada vez más perjudiciales para sí mismo y para los

demás. Por otra parte, si, como se dice, se empieza por alcohol, se sigue con marihuana y se termina en las drogas llamadas ‘duras’, como cocaína, etc., ¿cómo se explica que exista un gran número de personas que toman alcohol, en mayores o menores cantidades, y no ‘pasan’ a otras drogas? Lo mismo se podría aducir con respecto a la marihuana o al éxtasis.

- Cuando se habla del vínculo causal entre consumo de drogas y criminalidad como si las drogas llevaran a cometer actos delictivos se establece una relación espúrea, dado que las dos variables están a su vez, en muchos casos, asociadas con marginalidad. No hay nada que pruebe que un acto criminal no hubiera tenido lugar si el individuo no hubiera estado bajo el efecto de una droga. Por otra parte, si las drogas fueran ‘criminógenas’, ¿cómo explicar que la mayoría de los usuarios de drogas tanto ilícitas como lícitas no cometan crímenes o actos violentos? (p. 5- 6)

Siguiendo esta línea, y continuando con lo que plantean los autores Kornblit *et al.* (2016), “es importante resaltar que los y las jóvenes han sido socializados en el consumo como modo de satisfacción de sus deseos y necesidades. El consumismo se refiere tanto a la acumulación o compra de bienes o servicios considerados no esenciales, como al sistema político y económico que promueve la adquisición de riqueza como signo de estatus y prestigio, riqueza que es asimilada con la satisfacción personal”. (2016, p. 4).

Coincidiendo con lo que se desarrolla en el manual de la SEDRONAR, este contexto que venimos relatando no es una causa única de las adicciones, pero sí se presenta como un escenario donde las mismas tienen lugar. El consumo de sustancias es un fenómeno que se encuadra dentro de las problemáticas del consumo en general. Cuando hablamos de consumo problemático, la definición que adopta la Ley N.º 26.934/2014 del Plan nacional integral para el abordaje de los consumos problemáticos, se refiere a: “Aquellos consumos que - mediando o sin mediar sustancia alguna - afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas -legales o ilegales- o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud”. (2014)

Seguidamente, como sostienen Kornblit *et al.* (2016) en el consumo problemático muchas veces no se tiene en cuenta si en el último mes o en el último año la persona ha consumido algún tipo de drogas, sin pensar que puede haber sido una única vez. A su vez no

hay que olvidar que un consumo ocasional o experimental puede ser también problemático si este consumo es de forma excesiva, aunque sea una única vez. Específicamente lo problemático del consumo es haber perdido el control de sí mismo o haberse sometido a una práctica de riesgo para sí mismo o para los demás bajo los efectos de las sustancias.

La Lic. Ryan (2009) expresa que se encuentran distintos factores predisponentes y factores desencadenantes dentro de las adicciones. No se puede hablar solo de un motivo en el consumo problemático, sino que inciden una multiplicidad de factores, entre los mismos podemos diferenciar, factores sociales: indiferencia institucional, ausencia de proyectos, falta de compromiso, descreimiento, así como también factores familiares: dificultades para comunicarse, ausencia de pautas y límites claros, falta de momentos para compartir, poca contención. En última instancia se refiere a los factores individuales: estructura psicobiológica de cada individuo.

La relación que se da entre los factores sociales, familiares e individuales puede llevar a la emergencia de prácticas adictivas, pero en general necesarias. Además, también ocurre la aparición de una situación de crisis, es decir, de un factor desencadenante. Estas situaciones críticas pueden ser disímiles: problemas, frustraciones, pérdida de trabajo, carencias afectivas, mudanza, etc. “Los factores desencadenantes son situaciones que generan angustia y que si no se elaboran adecuadamente pueden llevar, como síntoma del problema no resuelto, a este tipo de consumo problemático de drogas”. (Ryan 2009, p. 18)

Es importante reconocer que la adicción es una expresión de un entrecruzamiento de factores, un síntoma visible que puede causar otra problemática.

Comprendiendo al consumo problemático como un fenómeno complejo y multicausal, entendemos que los consumos problemáticos constituyen un asunto que exige complejizar la mirada que tenemos acerca de la salud y debemos abordar a la misma desde una mirada colectiva, integral y en términos relacionales. Por lo tanto, debemos dejar de centrar la atención en la sustancia o el sujeto individual y centrar el eje de análisis en las relaciones entre la sustancia, el contexto y el sujeto.

Cuando hablamos de complejizar la mirada que tenemos acerca de la salud, podemos pensarlo a su vez, como lo plantea la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) en su *Manual* como una construcción colectiva, donde la salud no es vista como una propiedad de la medicina, sino como un asunto comunitario. Los

conceptos ‘salud’- ‘enfermedad’, junto con diversas cuestiones de tipo biológicas, resultan construcciones y por este motivo podemos decir que son productos históricos, situados en un contexto determinado.

Edith Benedetti en una publicación que realiza en la revista *Soberanía sanitaria*³ sostiene que “...la salud no es una definición sobre el estado de un individuo, sino una categoría que se concentra en el vínculo entre el individuo y la sociedad de la que es parte. Y más precisamente, sobre ese complejo y “continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar y transformar aquello que deba ser cambiado y que permita crear las condiciones que, a su vez, creen el ámbito preciso para el óptimo vital de esa sociedad”.

Para continuar, es necesario profundizar el vínculo que la persona establece con la sustancia. Pero, antes que nada, Ryan remarca que es “necesario preguntarse quién consume, cuánto consume, dónde consume, cuándo y por qué los hace”. (2009, p. 16) Los diferentes niveles de consumo de acuerdo al vínculo que se da entre la persona con la sustancia puede ser de uso, abuso o de adicción. El hecho de que la droga sea legal o ilegal tiene independencia respecto de esta clasificación.

– Uso: Todas las personas utilizamos drogas, cuando tomamos infusiones, cuando necesitamos medicamentos porque estamos enfermos incluso cuando tomamos una copa de bebida alcohólica durante la comida. También se puede ser usuario de drogas ilegales. El uso de drogas es siempre esporádico y ocasional. Como de cualquier otra cosa, de las drogas se puede hacer un uso correcto o incorrecto. Ahora bien, es preciso considerar que el uso esporádico también puede ser problemático.

– Abuso: mucha gente hace abuso de drogas sin saberlo o sin haber tomado conciencia de que lo hace. Abusar de drogas es, por ejemplo, tomar un medicamento no recetado o en dosis mayores que la indicada; o beber alcohol en exceso. Por lo tanto, el abuso puede darse con sustancias tanto ilegales como legales. El abuso de drogas es, en general, consumirlas en exceso y con cierta periodicidad. Se caracteriza por la intencionalidad del vínculo, se consume “para lograr algo”, por ejemplo, reducir la fatiga, mejorar el ánimo, divertirse, animarse.

³ La publicación de Edith Benedetti puede ser consultada en el siguiente enlace:
<http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/en-clave-de-epoca/>

- Adicción: cuando alguien siente o cree que no puede vivir sin una sustancia, y la utiliza en forma permanente y de manera compulsiva, sufre una adicción. Tienen adicción las personas que no pueden parar de consumir, que viven por y para las drogas. Existe drogadicción cuando se tiene la necesidad inevitable de consumir alguna sustancia y se depende física y/o psíquicamente de ella. Se puede tener adicción tanto a drogas ilegales como legales”. (Ryan, 2009, p. 16-17)

Debemos reflexionar sobre la relación compulsiva que tiene el sujeto con un determinado objeto que afecta la salud psicofísica y, principalmente, el lazo social. Y, de esta manera, apartarnos de una mirada estigmatizante hacia los sujetos que consumen distintos tipos de sustancias, para poder enfocarnos en la restitución de los derechos como paradigma de intervención y la reconstrucción del lazo social. Frente a esta reflexión es grato compartir la noción de lazo social de Carballeda quien sostiene que, “el lazo social es un mecanismo atravesado por lo simbólico, que da cuenta de la relación entre sujeto y mundo social, es singular y está compuesto por elementos materiales y múltiples significaciones que se hace necesario en la construcción de subjetividad, dado que actúa como mediador en la construcción de diferentes sistemas de significados y valores que nos hacen sujetos”. (Carballeda, 2013, p. 3).

De acuerdo con la postura de Edith Benedetti en la ya mencionada revista, coincidimos que, frente a la actualidad, que nos interpela debemos inventar y repensar dispositivos que permitan producir movimientos en la posición subjetiva y lazo social, anudar todo lo que se encuentre totalmente desanudado.

1.4. Paradigmas y modelos de abordaje

Una vez realizado el recorrido histórico y las características principales del consumo problemático, vamos a dar cuenta de los distintos paradigmas y modelos de abordaje para el consumo de sustancias. Si bien se observa en cada uno de ellos un momento de origen, no hay una sucesión lineal a través del tiempo. Cada uno de ellos analiza, desde su perspectiva, la interrelación entre sujeto, sustancia y contexto. Tomaremos las nociones que establece la Defensoría de niñas, niños y adolescentes de la Provincia de Santa Fe, ya que desarrollaron

aportes que entiendo significantes sobre consumo problemático de sustancias para una política pública integral.

Paradigma Punitivo: Este paradigma se basa en el derecho y la legislación. Para este el consumo de sustancias es un delito y por lo tanto percibe a quien consume como un delincuente. No solo construye un estereotipo en relación a los usuarios, sino que reproduce discriminación y estigmatización al construir un vínculo causal entre consumo y criminalidad.

Como estrategia de intervención va a tener como eje central el prohibicionismo, es decir, se basa directamente en evitar el consumo de sustancias prohibidas. Utiliza el miedo al encierro, miedo a la sanción como argumento para la disuasión. No realiza ninguna distinción entre las sustancias establecidas en el daño que provocan, ni en su capacidad para generar dependencia. Solo se va hablar del problema de la droga. En relación al contexto, lo social que se presenta en este esquema, se incluye a lo normativo. En los medios de comunicación hegemónicos este paradigma es uno de los que más se retroalimenta y manifiesta, debido a que en los medios es donde se profundizan las estigmatizaciones y las asociaciones entre delincuencia y consumo, sobre todo en el tratamiento de las noticias, situación que adquiere importancia por las formas en que estos sectores proponen y sitúan agenda de temas.

Paradigma de la desviación: este paradigma de la desviación social va a centrarse en las conductas que rompen lo que un grupo, institución, clase o generación esperan como comportamiento “normal” de las personas según determinados valores sociales. Es así que tiene como objetivo definir las conductas desviadas y la anormalidad, las cuales fueron colmando de sentido el discurso de las ciencias médicas a medida que las sociedades industrializadas surgían y progresaban.

El modelo médico hegemónico, moderno y oficial fue fortaleciendo definiciones sobre algunas problemáticas personales y sociales, lo cual hizo que se pueda avanzar en el procedimiento de temas que no eran abordados por la medicina. De esta manera, los conflictos y emergentes complejos de una cultura son examinados desde una perspectiva individualista y biologicista, convirtiéndose de este modo en problemas médicos. Así, el consumo problemático de sustancias es tomado como objeto de estudio de la medicina. Desde esta perspectiva se lo va a definir al usuario-consumidor de sustancia como

“drogadicto”, como a un “enfermo” al que hay que curar, de esta manera se podría remediar su conducta “desviada” y poder volver a insertarse socialmente. La estrategia de intervención que va a plantear este paradigma se basa fundamentalmente en la prescripción médica.

En relación al modelo desarrollado anteriormente, este considera tanto a las drogas legales como a las ilegales, y las diferencia entre blandas y duras, según su grado de toxicidad. Por lo tanto, el uso del tabaco, los medicamentos y el alcohol son también problemáticas para abordar. Al igual que el paradigma punitivo es abstencionista y tiene como objetivo evitar el consumo de drogas. Su argumento para terminar con el consumo es también el miedo, pero ya no se trata del miedo a la sanción o la amenaza de perder la libertad, sino el miedo a las consecuencias físicas y secuelas que dejan las sustancias en el cuerpo. De este modo ya no es la libertad la que corre riesgos de amenaza, sino la vida.

Paradigma de la complejidad: puede definirse como el encuentro de un conjunto de definiciones articuladas a un tema específico, se trata de la ruptura epistemológica del pensamiento individual con el pensamiento social. Este paradigma solicita y fomenta el trabajo inter y multidisciplinario. El pensamiento complejo nos da la posibilidad de apreciar diferentes representaciones de un sistema al mismo tiempo, con el objetivo de obtener una comprensión más completa del mismo. Frente a esta situación, se da lugar a la incertidumbre sobre lo que se sabe. Por lo tanto, la subjetividad activa como constructora de realidades y el desequilibrio son elementos claves de este paradigma. La visión del paradigma complejo se opone al paradigma de la simplicidad y a la división del saber. Un conjunto de modelos de abordaje del consumo de sustancias se inscribe en este enfoque. La relación entre todos, o entre aspectos de los que cada uno plantea, es el trabajo que debe desarrollarse en el marco de la complejidad.

Modelo psico-social: este modelo no va a centrarse en las sustancias, sino que va a centrar su eje en el sujeto que las consume, siendo este el protagonista de este enfoque. Toma como relevante el vínculo que la persona establece con la sustancia independientemente de su toxicidad o legalidad y reconoce como problemáticos los conceptos de abuso y adicción, centrándose de este modo en la periodicidad del consumo, si es ocasional, reiterado, esporádico o compulsivo. Además, considera al consumidor compulsivo como enfermo, pero no por el hecho de consumir sustancias, sino por una situación anterior. Es así que, el consumo es visto como un síntoma de una enfermedad previa. Sostiene que la principal causa

del consumo es la presencia de conflictos familiares, relaciones de pertenencia y grupos de pares.

Frente a esta perspectiva, la adicción expresa una enfermedad psíquica. El objetivo de la prevención será intervenir en la modificación de comportamientos y actitudes y no centrarse en evitar el consumo de sustancias. Es así, que esta propuesta no es abstencionista, sino que propaga el desarrollo de hábitos de autocuidado y de actitudes y el mejoramiento de las relaciones interpersonales. La prevención deja de centrarse en el tema drogas para inscribirse en el campo de salud mental.

Este modelo se basa en reconocer la complejidad de cada sujeto y el predominio que tienen los factores externos e internos en la toma de decisiones. Se sostiene primordialmente en el encuadre psicológico; un riesgo que presenta ese enfoque es que, al centrarse en la familia y el grupo de pares de la persona, se pierde de vista el medio social más amplio, económico, cultural y político.

Modelo sociocultural: este modelo va a tomar como eje central del consumo problemático de sustancias al contexto, a la dimensión macrosocial. Lo construido socialmente sobre las drogas tiene que ver con los modos en que una sociedad define el consumo de las mismas y en las estrategias preventivas, no tiene que ver con las características farmacológicas o con su toxicidad.

Para este enfoque, una profunda y verdadera estrategia de prevención no puede separarse de la estructura socioeconómica ni de las características culturales que hacen al contexto de la persona que consume sustancias debido a que reconoce estos factores económicos, sociales y culturales como condicionantes que ejercen presión en el sujeto y lo llevan a consumir drogas. Por lo tanto, el consumo se interpreta como una vía para escaparse de la realidad que resulta intolerable. La vulneración de derechos conlleva a generar condiciones subjetivas y materiales que determinan, el consumo problemático de sustancias.

En la década del setenta comienza a ser reconocido este enfoque, y adquiere por un lado la línea de los países desarrollados, donde el consumo es visto como una práctica de rebeldía de los jóvenes en una sociedad que está en crisis. Y por otro lado la línea de los países en desarrollo, donde el consumo se observa como síntoma de una sociedad desigual. Los programas de reducción de daños y políticas públicas son aplicados como estrategia de prevención, donde su objetivo se va a centrar en la aceptación del consumo y de las personas

que consumen como un hecho más de lo que ocurre en las sociedades. Es así que se requiere una política pública integral, interministerial y transversal.

Modelo geopolítico estructural: este modelo va a definir al narcotráfico y al consumo de sustancias como un fenómeno global. La producción, circulación y consumo de drogas debe analizarse bajo un marco político local, regional y global. Las drogas son consideradas uno de los negocios más poderosos del mundo, en una de corrupción, ilegalidad, delitos, complicidades, donde también se muestran las relaciones de poder norte-sur. Se critica la ineficiencia de la “importación” de estrategias de prevención deliberadas y creadas para los países desarrollados, y a su vez se piensa en construir líneas de trabajo aferradas en los contextos latinoamericanos para establecer desde posibles respuestas al consumo problemáticos de sustancias y al narcotráfico.

El reclamo de justicia y penalidad se da para los responsables directos del manejo del negocio, cruce ilegal de fronteras y circulación de armas, no para el consumidor como lo plantea el paradigma punitivo, siendo este el último eslabón de la cadena. Este modelo no se encuentra tan instalado socialmente debido a que es uno de los más recientes.

Modelo ético-social: en 1975 el Fondo de Ayuda Toxicológica de Buenos Aires ante la UNESCO, presento el Modelo ético-social. Este va a desarrollar la inquietud por la existencia y el sentido de la vida y a su vez va a tratar la relación que se da entre sujeto, sustancia y contexto. Sostienen que “la felicidad es producto del tiempo creador” y es por eso que va a plantear como estrategia de trabajo la necesidad de crear proyectos grupales que recurran a la participación activa y a la creatividad. Como estrategia de prevención plantea capacitaciones a las personas adultas de referencia, como padres, madres, docentes y referentes comunitarios.

Este enfoque se inscribe en la sociología crítica y plantea llevar procesos históricos que tengan en cuenta la complejidad de los análisis y la diversidad de significaciones que logra el consumo problemático de sustancias en la sociedad actual. Esto, se va a ver reflejado en el desarrollo y en el acompañamiento para la creación de proyectos de vida.

Modelo multidimensional: considera al consumo de drogas como un proceso multidimensional en el que se relacionan la persona y sus procesos individuales-subjetivos con la sustancia y la organización social en la que se ocurren esos vínculos. Examina tanto los factores de riesgos como los protectores que pueden incurrir en el consumo, pero los piensa

como probabilidades, como condicionantes, en ningún caso como determinantes. Como estrategia de prevención plantea la interrelación entre las características individuales, las del entorno cercano a la persona, como grupos de pares y la familia, y las del contexto macro social. La prevención se dirige a replantear y reflexionar el modo y el lugar desde los cuales la sociedad propone resoluciones a sus problemas. Se va a tratar de una promoción comunitaria con enfoque de derecho.

Modelo de promoción de la salud: su objetivo principal es promover la salud desde un sentido integral y amplio, buscando mejorar la calidad de vida desplegando acciones que permitan transformar los condicionantes de la salud. Se busca vincular los conocimientos entre las ciencias sociales y las ciencias naturales. Ya no se habla de “lograr cambios en las conductas” sino “lograr competencias para la acción”.

Estos paradigmas y modelos, se han ido desarrollando de forma secuencial, ninguno de ellos ha perdido vigencia, siguen todos presentes, de una u otra forma en los distintos discursos de los sectores que intentan explicar el fenómeno de las drogas. El análisis de estos modelos y paradigmas, nos permiten cuestionarnos, preguntarnos acerca de la idea, de que el problema del consumo de drogas, solo tiene una única forma de abordaje. Nos obliga a utilizar y repensar enfoques más inclusivos con mayor capacidad de integralidad.

Capítulo 2

Nueva Ley de Salud Mental N. ° 26.657: breves aspectos generales

Luego del recorrido que hemos realizado es importante hacer hincapié en lo que sostiene la nueva Ley de Salud Mental sancionada en noviembre de 2010 en la república Argentina y reglamentada en mayo de 2013; siendo una ley de orden público y por la tanto vigente en todo el país desde su publicación en el boletín oficial. Uno de los grandes problemas que se venía visualizando en el área de salud mental estaba dado por el hecho que, así como muchas personas vivían en instituciones especializadas, la política de salud mental misma estuvo encerrada sobre si misma sin poder establecer vínculos con la política de salud y políticas sociales en general.

Esta ley, viene a saldar ese problema estableciendo la intersectorialidad. Otro de los puntos a marcar es que la ley N° 26.657 rompe las relaciones de fuerza que funcionaban hacia dentro del campo de la salud mental ampliando la participación, la cantidad y la calidad de actores que se ocupen de la temática. Las organizaciones de derechos humanos, de usuarios y familiares ya no padecen las políticas de salud mental, sino que son actores que se encuentran activos a la hora de su formulación e implementación. La reglamentación actualiza y da concreción a la participación.

Por otra parte, debemos poder observar que implicancia tiene esta ley en lo que respecta al consumo de sustancias. Se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Seguidamente, es importante mencionar que la atención de las adicciones fue incluida como parte de las políticas de salud mental; el artículo 4 de la ley dice: “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 26.657, 2010, p. 2).

Pawlowicz (2015) sostiene que, al reconocer al adicto como sujeto de derecho, se está pensando a su vez en que deje de ser visto como objeto de asistencia, otorgándole otra entidad donde se le va a reconocer su capacidad para participar de los procesos de asistencia e intervención y la capacidad para tomar decisiones.

Cuando problematizamos las imágenes y estereotipos de los ‘adictos’, tenemos la posibilidad de ampliar la discusión y poder entender la complejidad del problema. Muchas veces la construcción simbólica que colectivamente hacemos de los ‘adictos’, se debe a un conjunto de representaciones sociales, que incluyen imágenes, emociones y valoraciones morales que circulan socialmente.

Es así que nos parece sumamente importante citar el Artículo 7 de la Ley N.º 26.657 donde se van a desglosar los derechos que el sujeto con padecimiento mental debe tener por parte del Estado:

- a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;
- b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;
- c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;
- d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;
- e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;
- f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;
- g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;
- h) Derecho a que, en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;
- i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;
- j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;
- k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;

- l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;
- m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;
- n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;
- o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;
- p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados. (Ley 26.657, 2010, p. 3-4)

En cuanto a las distintas modalidades de atención, en el Artículo 14 se indica claramente que la “la internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente”. (2010, p. 3-4)

Otro punto que debemos remarcar es que “el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales” (2010, p. 5). Además, no hay que pasar por alto que, frente a las internaciones involuntarias, se encuentra el consentimiento informado, el mismo se toma como una parte integral de las prácticas terapéuticas.

Haciendo referencia a la interdisciplina, la cual ampliaremos en los próximos capítulos, Antonio Tesolini (2013) nos va a decir que consiste en sentarse con el otro, desde distintas prácticas, oficios y de esta manera lograr construir el problema para que de esta forma podamos presentar soluciones o procesos de abordaje.

Continuando con la interdisciplina, no podemos dejar de mencionar la postura de Alicia Stolkiner (2005), quien sostiene que hablar de interdisciplina es situarse en un paradigma pos positivista. Es poder reconocer una contraseña que agrupa a quienes adhieren, de distintas maneras, a una epistemología que no homologa el objeto del conocimiento al

objeto real, que además reconoce la historicidad y por lo tanto la relatividad de la construcción de los saberes disciplinarios, que no supone relaciones lineales de casualidad y que antepone la comprensión de la complejidad a la búsqueda de las partículas aisladas.

La interdisciplinariedad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina.

La Lic. Pawlowicz (2015) sostiene que la Ley de Salud mental en su apuesta al cambio de paradigma exige un replanteo de la concepción de los usuarios que consumen sustancias como sujetos de derechos, así como también poder ver la transformación crítica de los basamentos teóricos y las estrategias llevadas a cabo por los diferentes dispositivos de intervención, la transformación de los planes de estudio de las distintas disciplinas y una reforma del sector salud que pueda superar la fragmentación y que a su vez involucre a los actores de las jurisdicciones municipales, provinciales y nacionales donde se reproducen dichas tensiones.

Las personas con situaciones de consumos problemáticos no deben ser situados como parias sociales, sino que deben tener el derecho de ser tratadas dignamente. “Es necesario la participación y el compromiso de todos/as para lograr convertir la letra de estas normas en letra viva”. (Pawlowicz; 2015, p. 27)

Otro de los cambios que marca la autora que son necesarios con la implementación de esta nueva ley, son aquellos respecto a las culturas y climas institucionales que logren superar el modelo biomédico y que se puedan iniciar en la formación académica de las distintas disciplinas que forman parte de los procesos de atención de los usuarios de drogas, ya sea en áreas sociales o de salud. Enfrentándonos a su vez con una brecha entre una ley, como es la de Salud Mental, que propaga y expone transformaciones favorables, donde se reconocen derechos y se promueven al mismo tiempo respuestas innovadoras. Asimismo, nos encontraremos con resistencias que se pueden observar en algunas prácticas institucionales cristalizadas y en procesos de institucionalización burocratizantes.

Por otra parte, nos pareció interesante poder sumar el aporte de Enrique Carpintero (2011), quien apoya la aprobación de la Ley y marca cuatro conceptos que son fundamentales a la hora de romper legalmente con una idea psiquiátrica que se tiene del padecimiento subjetivo.

El primero de los conceptos refiere a los derechos humanos, un elemento sumamente importante para frenar aquellas internaciones de personas por su peligrosidad. Se reemplaza el criterio de internación ligado a la noción de peligrosidad para sí o para terceros, por la comprobación de riesgos ciertos o urgentes.

El segundo de los conceptos está ligado al equipo interdisciplinario, un elemento necesario a la hora de plantearse que la atención en salud mental se lleve a cabo con un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y trabajadores que se encuentren capacitados debidamente.

El tercer concepto se relaciona con las estructuras manicomiales, las cuales se prohíben y, en el caso de las existentes, se deben amoldar a los principios y objetivos expuestos. Esta idea define el tema de la salud mental como un trabajo intersectorial e interdisciplinario, además de una realidad superadora.

El cuarto concepto lo que llama una reivindicación absolutamente democrática en relación con la igualdad de los profesionales en cuanto a condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones.

Para finalizar este capítulo, podemos decir que es un tema sobre el cual debemos seguir interrogándonos y continuar con la exigencia de la concepción que se tiene sobre los usuarios de drogas como sujetos de derechos, la transformación crítica de los basamentos teóricos, las estrategias de los dispositivos de intervención y una profunda reforma del sistema de salud que supere la fragmentación y que involucre a los actores tanto nacionales, provinciales y municipales.

Capítulo 3

Modelo abstencionista y modelo de reducción de riesgos y daños

Retomando lo que plantea Mario Kameniecki (2015), a principio de los años 80 con la irrupción del VIH-SIDA, que causó estragos entre los drogadependientes intravenosos, quienes compartían jeringas y materiales de inyección, comenzaron a diferenciarse dos corrientes definidas como la Norteamericana y la Europea.

3.1. Corriente Norteamericana: Modelo Abstencionista

La estrategia Norteamericana, adoptada durante los años noventa es conocida como la corriente prohibicionista o abstencionista. Este paradigma prohibicionista se vincula con una ideología llamada tolerancia cero, con una sociedad libre de drogas, generando como consecuencias criminalización de los que consumen drogas, estigmatización y marginación. Por otra parte, Kameniecki (2015) sostiene que tiene una vinculación con la guerra contra las drogas, que se había declarado unos años antes en la década de los 80, con una ideología abstencionista, la prevención atemorizante sobre los efectos negativos y letales de las drogas, la criminalización del fenómeno, operativos militares conjuntos, etc. En ese momento se produce un traspaso de la figura del adicto como culpable y delincuente a otra que lo sustituya y lo definía como enfermo. Touze (2006) expresa que la imagen social del usuario de drogas comenzó a diferenciar entre el traficante delincuente y adicto enfermo. Si bien esta imagen social comenzaba a diferenciarse de los discursos jurídicos, además facilitó la construcción de otra imagen de los usuarios de drogas como autodestructivos.

En la investigación que realiza el Instituto de Investigación sobre Jóvenes, Violencia y Adicciones (2015), se establece que el objetivo central de la estrategia abstencionista es “poner especial énfasis en el objeto -es decir, en la sustancia psicoactiva- como causa del consumo. Por eso mismo, en el ámbito asistencial, lograr la abstinencia es la condición de inicio del tratamiento. La sustancia, por su parte, es un objeto fuertemente prohibido. Esta estrategia se desarrolla en comunidades terapéuticas, sobre todo en las comunidades cerradas

que cuentan con determinadas reglas que, si son transgredidas, dan lugar a una sanción”. (2015, p. 8)

En la estrategia abstencionista, se llevan adelante dos tipos de abordajes preventivos, uno de ellos se refiere a “las campañas publicitarias de prevención. En su mayoría —con variantes y matices—, ubican la sustancia como eje central, y así surgen eslóganes como: las drogas controlan tu vida, viaje de ida, no te dejes caer en los vicios que quieren aprovecharse de vos” (2015, p. 8), en este caso la imagen del sujeto es vista como una persona que se deja manipular dócilmente. Además, sostiene que algunas drogas son la puerta de entrada para otras más tóxicas, remarcando una vez más que el sujeto queda en un segundo plano, siendo las drogas quienes lo dominan a él. “Las publicidades que afirman que la droga enferma y mata dejan entrever el discurso médico-sanitario. Aquellas que apelan al flagelo como metáfora de la droga suelen explicitar el discurso ético-jurídico, es decir, la droga como un mal, una falla moral, algo ilegal. Campañas de esta índole comprenden, en la misma operación, dos propensiones: por un lado, a la pasividad del sujeto, que se deja manejar por la droga y se contrapone a un sujeto activo y responsable. Por otro, a la fetichización de la sustancia”. (2015, p. 8)

Otra estrategia preventiva “son las charlas informativas en las que se explicitan los efectos toxicológicos de cada droga, por ejemplo, las excitadoras y depresoras del sistema nervioso central. Se puede constatar que algunas de estas estrategias terminan por promocionar la sustancia, no la salud”. (2015, p. 9)

A modo de conclusión, podemos decir que la estrategia de la cual venimos hablando orienta su intervención hacia el objeto, siendo la sustracción de la sustancia una estrategia crucial de la misma. “Y en este sentido, la estrategia abstencionista-prohibicionista se relaciona con el control: se concibe que, si se puede sustraer el objeto, se lo puede controlar; y de ahí se deriva la idea de una estrategia para la mejoría de una persona” (2015, p. 9). De esta manera, el abordaje que se establece, condiciona a la persona a que pueda lograr la abstinencia a futuro. Si una persona consume, a lo largo de su tratamiento se lo considera como una recaída. “En este sentido, una recaída implica pensar linealmente el consumo problemático como una enfermedad. En esta misma lógica, si la cura es la abstinencia, entonces si el paciente vuelve a consumir, vuelve a enfermarse”. (2015, p. 9)

3.2. Corriente Europea: Modelo de reducción de riesgos y daños

Por otra parte, retomando lo que plantea Kameniecki (2015) y como mencionamos en un principio, está la corriente europea, que recibe el nombre de estrategia de reducción de daños, la misma surge inicialmente con la epidemia del *virus de inmunodeficiencia humana* (VIH-SIDA) que se vinculaba con los consumidores de drogas por vía intravenosa. Es una estrategia donde su objetivo central es reducir o disminuir los daños y riesgos asociados al consumo de drogas. A diferencia de la corriente norteamericana, el acento no va a estar puesto en el consumo de drogas en sí mismo, sino sobre los daños y riesgos causados por el consumo en sí. Respecto a la prevención que se lleva a cabo, es específica o inespecífica, esta última implica tomar el consumo de drogas, como otro tema más de educación y de índole sociosanitaria.

Volviendo a la investigación que realiza el Instituto de Investigación sobre Jóvenes, Violencia y Adicciones (2015) observamos que otra de las causas por las cuales surge la estrategia de reducción de riesgos y daños es “el fracaso de las políticas de tolerancia cero y su incommensurable costo social, jurídico y sanitario, que se traduce en población joven arrojada a la marginalidad, a la reclusión carcelaria, al incremento del consumo, de las intoxicaciones en virtud de las prácticas clandestinas de uso y del tráfico de drogas”. (2015, p. 9)

Con los resultados que dejan las políticas de tolerancia cero, la reducción de riesgos y daños inclina su orientación hacia la no estigmatización, la despenalización de la tenencia de drogas para el consumo personal, defender los derechos del que consume drogas como ciudadano y brindarle un fácil acceso a los servicios sociales y sanitarios. Tiende a incorporar a los usuarios de drogas en los programas de prevención. Kameniecki (2015) remarca que se evita hablar de ‘adictos’ y se utiliza la expresión ‘usuarios de drogas’. “La expresión adicto ha adquirido una connotación que está más del lado del juicio del valor y del estigma que del diagnóstico psicopatológico- o médico-.” (2015, p. 188).

Es una estrategia que define al sujeto como activo y responsable de sus propias prácticas. De acuerdo con la investigación que realiza el Instituto de Investigación sobre Jóvenes, Violencia y Adicciones (2015) “es un sujeto que requiere espacios de escucha y posibilidades para que se pueda preguntar sobre qué le está pasando, qué le pasa con su

práctica de consumo. Al considerar que es un sujeto activo y responsable, debe tener participación en su propio tratamiento y que éste tiene que poder llegar a esa persona, es decir, debe ser accesible. La aceptabilidad tiene anclaje normativo en la actualidad y la accesibilidad, por su parte, es crucial al momento de pensar la atención en salud”. (2015, p. 10)

Una vez desarrolladas las estrategias, tanto abstencionista como de reducción de daños, me centraré en la intervención de esta última. Tal es así, que para comenzar me pareció enriquecedor poder abordar la intervención desde la mirada del Lic. Alfredo Carballeda (2008), quien sostiene que la misma tiene un ámbito espacial que se define de acuerdo a la singularidad de cada problema, circunstancia o demanda a partir de las cuales se edifica. Ese espacio, donde la intervención se desarrolla, se denomina escenario. En palabras del autor, “los escenarios se hallan dentro de diferentes territorios que los contienen y son atravesados por disímiles formas de inscripción de los problemas sociales que, en tanto marcas objetivas y subjetivas de estos, pueden ser analizadas desde diferentes expresiones de las “cartografías sociales” (2008, p. 75).

Durante el proceso de intervención se construyen diferentes diálogos entre escenario, cartografías y territorio que derivan en distintas formas de subjetividades. “La subjetividad, así entendida, se construye y deconstruye en un movimiento que se expresa en el propio devenir de la cultura, de la cotidianeidad, de una compleja trama móvil de significaciones, signada, en este caso, por la noción de problema social que, en definitiva, convoca a la intervención” (2008, p. 75).

Continuando con lo postulado por Carballeda (2008), él relata que la intervención designa, nombra, califica, y además le da una definición a las cuestiones sobre las cuales actúa, dentro de un orden, y una lógica que se va formando a través de la relación que se establece con el otro, el contexto, el territorio, el escenario y las cartografías sociales. “La noción de cartografía permite mostrar los diferentes recorridos temáticos o argumentales que atraviesan los territorios de la intervención, entendiéndolos como continentes de sus distintos escenarios” (2008, p. 76).

En relación con las intervenciones frente a una situación, Paula Marcela Goltzman y Jorgelina Di Iorio (2012) manifiestan que la reducción de daños puede entenderse como una estrategia de trabajo para intervenir en el campo de las consecuencias individuales y

colectivas, sociales y sanitarias procedentes del uso de drogas y de sus políticas de regulación, como un paradigma político de referencia para entender el fenómeno de las drogas y las estrategias de control que las han regido, al menos desde la modernidad.

Una de las primeras ideas está vinculada a la complejidad del fenómeno de las drogas y, en consecuencia, a la imposibilidad de actuar y pensar respuestas simples. Esto, que parece una simpleza, es uno de los elementos más comunes a la hora de intervenir que generan un desgaste en los equipos de trabajo y en la sensación de que las acciones que se llevan a cabo no son suficientes para transformar la vida de los sujetos. Muchas veces se nos pierde de vista la idea de que los sujetos son los que transforman su vida.

“Esto implica la aceptación de que toda práctica social tiene un significado para esa persona, y que del ejercicio de esa práctica social (en este caso el uso de drogas) deviene el ejercicio de la responsabilidad. Considerar al sujeto que usa drogas como responsable es, en última instancia, permitirle reflexionar sobre sus prácticas y entonces sí, quizás, transformarlas positivamente. Vinculada a esta reflexión, que es siempre práctica al mismo tiempo, uno de los desafíos de las intervenciones radica en el reconocimiento de los saberes y las “actividades” que quienes usan drogas implementan para gestionar individual y grupalmente ese uso. (Goltzman y Di iorio, 2012, p. 55)

Otras dos ideas claves frente al ejercicio instrumental de la estrategia son la integralidad y el trabajo en red. Las problemáticas complejas suelen caracterizarse por mostrar una condición de integralidad, se presentan de manera tal para ser etiquetadas, definidas y diagnosticadas desde un único campo del saber. “Si reconocemos al uso de drogas como una problemática compleja, el concepto de integralidad en la intervención se torna central, porque en el pensamiento complejo no existe lo absoluto y aislado; lo complejo es, por definición, relativo y contextual” (Goltzman, Di iorio, 2012, p. 55). Ligada a la integralidad, una de las intervenciones más difundidas tiene que ver con el trabajo en red.

Continuando con la integralidad y el trabajo en red, en una de las publicaciones de Intercambio, una asociación civil para el estudio y atención de problemas relacionados con las drogas que luego ampliaremos, Paula Goltzman los menciona dentro de los cinco principios que funcionan como ordenadores de la experiencia de trabajo a la hora de intervenir.

Integralidad de las intervenciones, que remite a comprender la complejidad del tema y la necesidad de intervenir en varias dimensiones al mismo tiempo, por ejemplo, en lo individual, pero también en lo grupal y en lo colectivo. Otro principio es pensar en Redes, porque nadie se cuida ni se daña en soledad, siempre hay al menos otro que se vincula a esa posibilidad de modificar o sostener una acción, y esto cabe también para los profesionales. Un tercero remite a la idea de Proceso, porque dejar de consumir drogas o incluso regular su uso es más que decir ‘Ya Está’, tenemos que recuperar la idea de trayectoria de los consumos para identificar sus variaciones, así como las de la propia intervención. Un cuarto principio, remite a la Singularidad, es darnos cuenta de que en estos temas no existen las intervenciones de talla única. Es con la ropa, ‘no a todos les queda bien lo mismo’, por lo que pensar en esa singularidad del sujeto y su situación es condición para que las intervenciones puedan funcionar. Y en los últimos tiempos venimos pensando también, como un principio, la idea de Responsabilidad, tanto como reafirmación del vínculo que se establece con un sujeto responsable que usa drogas, como la responsabilidad que nos compete como profesionales y técnicos a la hora de intervenir. A veces los profesionales abusan de frases como ‘yo adictos no atiende’ o ‘si él (sujeto) no quiere hacer nada... yo tampoco’, desresponsabilizándose de lo que sí le compete en la intervención, y eso en los espacios públicos de atención es inadmisibles que suceda”. (2016, p. 19)

3.3. Relevancia de Intercambios y ARDA

Como mencionamos anteriormente una de las organizaciones no gubernamentales más relevantes frente a la estrategia de reducción de riesgos y daños en la Argentina es Intercambios, una Asociación Civil y, por otro lado, está la Asociación de Reducción de Daños de Argentina (ARDA), que brinda un gran aporte frente a esta estrategia. “Las organizaciones no gubernamentales de América Latina que trabajan por una reforma de las políticas de drogas comparten una mirada común sobre el tema, al menos en dos puntos centrales: conciben a las personas que usan drogas como sujetos con derechos y coinciden en que el abordaje de las drogas como un problema de seguridad no sólo es ineficaz, sino que además generó una gigantesca y organizada red criminal junto a un panorama devastador en términos de violaciones a los derechos humanos. ¿Qué rol cumplen las organizaciones sociales? Visibilizar los efectos de la guerra contra las drogas, dar cuenta de sus consecuencias, denunciar que los muertos, torturados y encarcelados en esta guerra los pone

siempre la misma clase social. En materia de uso de drogas, apelan a sacar el tema del tabú y los prejuicios". (Touze y Goltzman, 2011, p. 253)

En una entrevista que se le realiza a Graciela Touze⁴, presidenta de la asociación civil Intercambios, nos relata que la misma fue fundada en 1995 y estaba conformada por un grupo de amigos y colegas que observaban una grave situación epidemiológica porque, a mediados de los 90, gran parte de los casos que se diagnosticaban por SIDA eran personas que habían contraído el virus por compartir el material de inyección. Y lo más preocupante de la situación era la falta de respuesta desde la salud pública y desde la política. Es por este motivo que se decide crear esta organización para brindar un tipo de respuesta a esta problemática con un enfoque de reducción de daños.

Touze relata que desde el inicio se desplegaron cuatro líneas de trabajo, que tienen que ver con la investigación, con la intervención social, con la formación de recursos humanos y con la incidencia política. Las mismas se encuentran articuladas entre sí.

En la página web de Intercambios⁵ desarrollan cada una de las líneas de trabajo:

- Investigación: El área de investigación juega un papel vital al producir evidencia para la incidencia política, la intervención y la capacitación. Realizamos estudios que brindan información relevante sobre los usos de drogas, las infecciones de transmisión sanguínea y sexual, y sobre problemáticas de salud mental. Desarrollamos líneas de investigación centradas en las políticas y los dispositivos de intervención, con vistas a mejorar la accesibilidad a los servicios de atención de las poblaciones más vulnerabilizadas. Generamos información sobre las regulaciones y el impacto de la legislación penal y la práctica jurídica en materia de drogas, mediante estudios nacionales y regionales. Las investigaciones producidas son una fuente permanente de consulta de organizaciones públicas, académicas y periodísticas. Los estudios a menudo se implementan en colaboración con otras instituciones y centros académicos, nacionales e internacionales.
- Intervención social: Desarrollamos programas y dispositivos de intervención innovadores y ajustados a las necesidades de sus destinatarios. Trabajamos desde la perspectiva de reducción de riesgos, daños y vulnerabilidades en contextos territoriales y propiciamos la generación y fortalecimiento de redes. Producimos materiales educativos y preventivos dirigidos a distintas audiencias, en soportes impresos y

⁴ La entrevista está disponible en el siguiente enlace: <https://www.revistamate.com.ar/2020/06/graciela-touze-la-guerra-contra-las-drogas-es-contra-las-personas/>.

⁵ El sitio web de Intercambios está disponible en el siguiente enlace: <https://intercambios.org.ar/>.

digitales. Entre otras temáticas, abordamos los consumos de sustancias psicoactivas, la educación sexual integral, la promoción de la participación juvenil, la violencia institucional y de género, y la prevención en salud mental. Nuestros programas se ejecutan en colaboración con organizaciones sociales e instituciones públicas. Conoce también algunas publicaciones que reflexionan y dan pistas sobre intervención social.

- Capacitación y asistencia técnica: Apoyamos el desarrollo de programas e intervenciones de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales mediante acciones de supervisión, capacitación y asistencia técnica. Diseñamos procesos de formación y actualización sobre los consumos de alcohol y otras drogas, las políticas en la materia, los aspectos preventivos, legislativos, promocionales, las estrategias de intervención social y de reducción de riesgos y daños, desde una perspectiva integral, interdisciplinaria, intersectorial e interseccional. Brindamos soporte técnico para mejorar los procesos de trabajo de equipos e instituciones.
- Incidencia política: el área de incidencia política tiene por objetivo influir en las políticas públicas vinculadas con los usos y producción de drogas, tanto en el ámbito nacional como internacional, fortaleciendo la perspectiva de derechos humanos. Asimismo, busca impactar en la opinión pública a fin de disminuir el estigma y la discriminación hacia las personas que usan drogas y otros colectivos vulnerabilizados. Promovemos debates abiertos e informados científicamente mediante la organización de actividades como las Conferencias Nacionales y Latinoamericanas sobre Políticas de Drogas. Desarrollamos y participamos en campañas de difusión y sensibilización como #AcompañeNoCastigue y #PuedoDecidir. Participamos activamente en espacios de discusión y consulta, llevando la voz de la sociedad civil. Estamos registrados en el Consejo Permanente de la Organización de Estados Americanos (OEA) y poseemos el status consultivo del Consejo Económico y Social (ECOSOC) de las Naciones Unidas. Integramos el Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones.

En otra de las notas⁶ que realiza la presidenta de Intercambios, hace alusión a los ejes de la reducción de daños y establece que primero se debe adoptar una posición pragmática y realista, donde hay que reconocer el problema, que hay personas que utilizan sustancias y, por otro lado, hay personas que no pueden o no quieren dejar de usarlas. Una vez concebido el problema, hay términos que se dejan de utilizar por la reducción de daños, Touze describe

⁶ Entrevista extraída del siguiente enlace: <https://www.tiempoar.com.ar/informacion-general/no-hay-que-combatir-a-las-drogas-sino-reducir-el-dano-que-generan/>.

un ejemplo, “combatir a las drogas. Eso remite al paradigma tradicional, y nosotros no estamos en guerra con nada, sino que tratamos de gestionar mejor los problemas que existen”. En segundo lugar, va a remarcar que, es necesario señalar que más de cincuenta años de prohibición demostraron que no soluciona el tema, sino que lo complica aún más, porque lo que está prohibido no puede ser regulado. Desde el consumo, lo prohibido termina provocando una práctica en donde la información queda ausente, y tampoco hay una enseñanza de cómo llevar a cabo esa práctica con menos riesgos. “Es decir que la reducción de daños no plantea como objetivo único e inmediato eliminar el uso de drogas, sino generar condiciones más seguras y menos riesgosas de esos usos”.

Como postulamos anteriormente, otra de las organizaciones que brinda un aporte a la estrategia de reducción de daños es la Asociación de Reducción de Daños de Argentina. En el artículo “Arda pero no se quemé⁷” (2014) le realizan una entrevista a distintos miembros de la asociación que surge en 1999 que tiene como antecedente el CEADS (Centro de Estudios Avanzados en Drogadependencia y Sida), conformado por distintos profesionales (funcionarios, abogados, jueces, psicólogos, entre otros) y por organizaciones de toda la Argentina que se relacionan con el desarrollo de políticas públicas orientadas a disminuir las consecuencias negativas producidas por el uso de drogas. La idea de desarrollar políticas públicas asentadas en los principios de reducción de daños asociados al uso de drogas surge de una aceptación del Estado en pensar que la gente se droga con todo tipo de drogas y lo hace de cualquier forma. “Lo que dice ARDA es: si lo vas a hacer, hazlo bien. O hazlo mejor. O, siguiendo literalmente su nombre, hazlo reduciendo los daños todo lo posible”.

Continuando con lo expresado en el artículo en cuestión, Hurtado, uno de los miembros de la asociación, plantea que los planes de acción favorecen de manera sanitaria y social al tema. La intención es que se puedan promover los derechos humanos y la salud y asociar la asistencia a la prevención.

Respecto a las intervenciones, los integrantes de ARDA sostienen que la institución comprende un extenso abanico. En un primer momento se relacionaba con las campañas de prevención del sida. Luego se extendió a diversos grupos, entre los cuales estaban usuarios de drogas inyectables, usuarios de drogas en prisiones, de áreas marginales, usuarios de

⁷ Artículo extraído del siguiente enlace: <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/radar/9-1248-2004-02-22.html>. CAMBIO

cocaína inyectable, chicos en situación de calle, trabajadores sexuales, usuarios de drogas con VIH/sida y profesionales de la salud. “Los programas y las intervenciones que desarrolla ARDA son de alto impacto. Si la mejor prevención es la información, lo que propone la gente de ARDA es algo simple y a la vez complejo: una toma de conciencia, obviamente gradual, para que, por lo menos, sepamos a qué atenernos con lo que hacemos” (2014).

Haciendo alusión a la reducción de daños, Ricardo Paveto (2010), el presidente de la asociación, sostiene que esta estrategia adquiere el criterio de “umbral de baja exigencia o umbral de exigencia mínima”. Este criterio, desarrollado de manera subjetiva, no requiere la abstinencia obligatoria de sustancias como condición necesaria para el inicio del tratamiento. Se valoran de manera positiva los logros intermedios y consideran que la abstinencia puede llegar a ser o no un punto de llegada. Por otro lado, sostiene que posicionarnos en clave subjetiva a la hora de hacer una lectura del uso y del consumo de sustancias psicoactivas nos conlleva a entender que las sustancias tienen su importancia y eficacia. No debemos subestimarlas, pero, principalmente, se trata de ubicar la posición que cumple el sujeto en su relación con el consumo, la función que el mismo cumple en su vida cotidiana, su relación con el contexto social y con su economía psíquica.

3.4. Política Pública: nacional, provincial y municipal

Uno de nuestros objetivos era indagar sobre la reducción de riesgos y daños como política pública a nivel nacional, provincial y municipal. Tal es así que, en este punto, desarrollaremos distintas formas de abordaje en el ámbito estatal desde los tres niveles.

Antes de dar paso al desarrollo de las instituciones es primordial plasmar una breve descripción de la política pública. Retomando a Cunial, él postula que “la noción de política pública generalmente hace alusión al conjunto de acciones e inacciones estatales sobre controversias sociales. Bajo una política pública subyacen determinadas visiones del problema al que busca responder, que pueden ser estudiadas a partir de los argumentos y/o valores que reproduce y aquellos que omite” (2015, p. 166-167).

En el informe 2015 del Instituto de Investigación sobre Jóvenes, Violencia y Adicciones (2015), se sostiene que, en el anclaje territorial de las políticas públicas, se pueden observar diversos dispositivos que trabajan con los consumos problemáticos de sustancias.

Nivel Nacional

A nivel nacional seleccionamos el Hospital Nacional en Red y la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) que es el organismo responsable de coordinar integralmente las políticas nacionales en materia de adicciones.

El Hospital Nacional en Red, que surge en junio de 2013, a partir del Decreto N.º 782, luego de la intervención que lleva adelante el Ministerio de Salud de la Nación en el ex CENARESO. El Hospital Nacional en Red se enfoca particularmente en el tratamiento de las patologías de consumo, se especializa en salud mental y adicciones. Cuando se origina implica un cambio de perspectiva frente a esta problemática, al entender que forma parte de las políticas de salud mental. De esta manera, se visibiliza la necesidad de que el abordaje sea intersectorial e interdisciplinario. Las principales líneas de acción, se basan en articular una serie de estrategias de atención primaria en salud mental, con el fin de integrar la reducción de daños, la prevención de enfermedades y la promoción de salud como eje central de la asistencia.

A la hora de encarar el consumo problemático de sustancias, la articulación de las instituciones y organizaciones de la sociedad civil es fundamental. Esto implica que se establezca una política sistemática y que se produzca una mayor inversión en recursos materiales y recursos humanos para que se pueda sostener en el tiempo. “El modelo institucional del ex CENARESO está basado en acciones enmarcadas en la Ley 26.529 de Derechos del Paciente y en la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental, que entienden a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales. Por eso, se entiende que las adicciones deben ser abordadas en el marco de las políticas de salud mental” (2015).

De esta manera, desde la mirada político-institucional del Hospital Nacional en Red se sostiene que “pensar el consumo problemático exige cuestionar la asociación mecánica y directa que muchas veces se atribuye tanto entre consumo y adicción como entre consumo y problemas para el usuario, su grupo y/o comunidad” (2015, p. 139). En dicho artículo se

añade que el trabajo en red que se lleva a cabo en este hospital, se refiere a lo que explica Benedetti en la revista Soberanía Sanitaria⁸, armar un sistema de red, basándose en la atención primaria, utilizando lo que existía en los barrios y saliendo a los barrios para `cartografiar` el territorio. Además, se realizó un reconocimiento en las zonas vulnerables, para ver quiénes estaban trabajando y trabajamos con ellos. Finalizando con el armado de un Hospital con los tres niveles de atención y, además, entendiendo que la `alta complejidad` tiene que ver con la formación del recurso humano.

Respecto a la estrategia de intervención es la estrategia de reducción de riesgos y daños la que se plasma dentro de la institución de la cual venimos hablando. Se reafirma una vez más que una de las características fundamentales de esta estrategia es disminuir la entrada a la adicción y los riesgos vinculados al consumo. Por eso, que el sujeto deje de consumir no es una condición para iniciar el tratamiento.

Por otra parte, como mencionamos anteriormente optamos por elegir a la SEDRONAR, y como adelantamos en el primer capítulo la misma fue creada en 1989 como un organismo que dependía de la presidencia de la nación. La SEDRONAR asume al consumo de drogas como una problemática social como una problemática social que debe ser abordada desde una mirada integral, junto con organismos nacionales, provinciales y de la sociedad civil.

En el año 2017, la Secretaría de programación para la prevención de la drogadicción y lucha contra el narcotráfico, cambio de nombre y funciones. “Tras el decreto 33/2017 que apareció en el Boletín Oficial pasará a llamarse Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina. Sin embargo, mantendrá el acrónimo Sedronar con el que comunmente se lo identifica”⁹.

Roberto Moro, titular del organismo en una nota que le realiza el diario Clarín sostiene que, “El cambio de nombre tiene que ver con la funcionalidad de la Secretaría y los objetivos trazados por esta gestión, donde pensamos un abordaje integral poniendo al sujeto en el centro de la escena y trabajando desde una visión social y de salud pública para recuperar sus derechos”¹⁰. Además, se estableció que la secretaria brindara asistencia a los consumidores, ya sea en lo que respecta a un tratamiento de adicciones o en materia de prevención. El

⁸ <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/en-clave-de-epoca/>

⁹ https://www.clarin.com/politica/sedronar-cambia-nombre-funciones_0_Hy4-6CLLe.html

¹⁰ Ídem

ministerio de seguridad conducido por Patricia Bullrich concentra las políticas contra el narcotráfico.

Para concluir con la información de esta secretaria, vamos a desarrollar los principales canales de ayuda, servicios y ejes de gestión con los que cuenta la Sedronar. Los mismos los pudimos extraer de la publicación de la página web <https://www.argentina.gob.ar/sedronar>.

Canales de ayuda

Los canales de ayuda con los que cuenta la Sedronar, son mediante un llamado telefónico comunicándote al 141, puedes realizarla de forma anónima, gratuita y en todo el país, los profesionales están disponibles las 24 horas, todos los días del año. Otra forma de comunicarte si necesitas ayuda, es escribiendo y completando un formulario de consulta para luego ser contactado o enviando un correo electrónico, los profesionales los reciben durante todo el día.

Servicios

Atención personal: Sedronar brinda atención, contención y asesoramiento personalizados para aquellas personas que están atravesando una situación de consumo problemático de alcohol u otras drogas. La institución cuenta con consultorios externo, grupos y redes de apoyo, taller de la palabra y atención a jóvenes. Es un servicio gratuito y abierto a toda la comunidad. En caso de vivir en el interior del país buscas el espacio más cercano a tu domicilio en encontramos en tu barrio o puedes enviar un correo electrónico a cinterior@sedrnar.gov.ar.

Encontranos en tu barrio: Si necesitas ayuda o alguien de tu entorno está atravesando una situación de consumo problemático, puedes solicitarla en los espacios de prevención y tratamiento que ofrece la Sedronar en tu barrio. La misma es gratuita y abierto a toda la comunidad. Para encontrar la ubicación de cada espacio la podés encontrar en el mapa que figura en la página web de la Sedronar.

La Sedronar cuenta con los Dispositivo Integral de Abordaje Territorial (DIAT), los mismos don espacios en donde existen equipos interdisciplinarios integrados por psicólogos, trabajadores sociales, operadores socio-terapéuticos y educadores que trabajan para la gente

que está atravesando por una situación de consumo problemático recibiendo apoyo y contención para la prevención y el tratamiento del mismo.

Prevención y cuidado: la política de prevención de la Sedronar va a centrar el foco en las personas y en diseño de estrategias colectivas de cuidado. El objetivo de las acciones de prevención es promover la interpelación de las prácticas y de las representaciones vinculadas al consumo de sustancias. Para ello, se van a centrar en la producción y difusión de información sobre las consecuencias físicas y sociales del consumo de sustancias, basándose en evidencias, a través de la investigación, la elaboración de campañas masivas, de materiales de concientización y de capacitaciones.

Además, se traba en ámbitos específicos como el educativo, el laboral, los contextos de encierro y los ámbitos rurales, desplegando estrategias diferenciadas orientadas a las juventudes, las comunidades indígenas, las mujeres y el colectivo LGTBIQ+.

Registra tu institución: este eje está dirigido a los responsables de las instituciones dedicadas al abordaje integral de consumo problemáticos de sustancias, que quieran inscribirla en el registro nacional y permanente de efectores asistenciales para trabajar junto con la Sedronar. El trámite es gratuito y requiere de una serie de requisitos que se pueden encontrar en la página web de la Sedronar.

Accede a nuestros estudios: el Observatorio Argentino de Drogas se encarga de construir conocimiento científico sobre las distintas modalidades y dimensiones del consumo de sustancias psicoactivas, para orientar el diseño, la implementación y el monitoreo de políticas públicas desde una perspectiva de derechos humanos. Se desarrollan distintas líneas de investigación desde una perspectiva integral, con enfoque de derechos humanos, que incorpora las voces de los diversos actores relevantes en la temática.

Ejes de gestión

Plan Nacional de Reducción de la demanda de Drogas 2016-2020: la problemática del consumo de drogas es un fenómeno multifactorial, que implica un desafío para el Estado Nacional. El consumo de drogas implica una serie de costos para la sociedad, tanto en lo social, económico, político y ambiental; generando de esta forma un problema que exige un abordaje integral, multidisciplinario y equilibrado. Por lo tanto, la respuesta debe ser multisectorial y a su vez demanda una responsabilidad común y compartida por parte de los

gobiernos que forman parte de la comunidad nacional e internacional, así como de todos los actores/sectores de la sociedad.

Reducir la demanda de drogas no implica solamente ampliar la cobertura de tratamientos sino también realizar acciones de prevención y mejoramiento de las condiciones de vida. Implica la inclusión de estrategias de intervención temprana, producto del consenso entre los diferentes niveles de gobierno y los actores competentes de la sociedad civil.

En el plan nacional de drogas vamos a encontrar:

Principios rectores: Perspectiva de derechos, Desestigmatización de la problemática, Perspectiva de género, Enfoque Intercultural, Participación social y comunitaria, Intersectorialidad, complementariedad y articulación intergubernamental, Intervenciones basadas en la evidencia, Calidad y transparencia institucional, Proporcionalidad, Especificidad.

Metodología de elaboración: en este punto se pueden distinguir dos etapas principales en el diseño, formulación y desarrollo del Plan Nacional de Reducción de la Demanda. La primera, se vincula con la consulta a un número extenso de agentes de diferentes áreas y procedencias; en la segunda etapa, se desarrollan grupos de trabajo para confeccionar el plan pensando en sus acciones concretas y herramientas de implementación.

Marco Normativo: lineamientos nacionales e internacionales.

Situación epidemiológica – Diagnóstico: Contexto global, Estado de situación a nivel regional y Estado de situación a nivel país.

Ejes estratégicos: Prevención, Abordaje Territorial, Tratamiento, Programa Municipios en Acción, Desarrollo del conocimiento científico, Articulación institucional

Nivel Provincial

A nivel provincial, podemos ubicar en los últimos años como política pública la creación de APRECOD, la Agencia de Prevención de Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones. Para recabar más información de la misma accedimos al Portal del Gobierno de Santa Fe. Esta institución fue creada mediante el Decreto N.º 304/19. A través de la articulación de acciones con los diversos actores sociales y con las diferentes

jurisdicciones, el objetivo de la APRECOD es implementar políticas públicas ligadas a las adicciones y consumo problemático.

“La Agencia impulsa sus acciones en el marco de lo dispuesto por la Ley Nacional n.º 26.934, Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos -IACOP, Ley Nacional n.º 26.657 de Salud Mental y Adicciones, Ley Nacional n.º 26.061 de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes y la Ley Provincial n.º 12.967 de Promoción y Protección Integral para todo sujeto menor de 18 años que padezca algún consumo problemático o adicción.”¹¹

La APRECOD busca construir una red provincial, trabajando de manera coordinada y en conjunto con la sociedad civil y otras áreas del Estado en la prevención y el abordaje de situaciones de consumo. Esta institución cuenta con diferentes equipos de trabajo, creados para abordar las distintas problemáticas atravesadas dentro del territorio provincial.

Equipos de enlaces Santa Fe-Rosario: estos equipos de enlaces, son equipos interdisciplinarios que tienen como tarea asesorar y acompañar a los equipos tratantes en lo referido a los procesos de intervención terapéutica, articulando con vecinales, centros de salud, clubes, organizaciones no gubernamentales y distintas áreas gubernamentales.

Equipos de monitoreo: La función que cumplen es acompañar y guiar a las instituciones sociales evaluando las prácticas llevadas a cabo por estas instituciones y cómo se adecuan a las políticas públicas en ejecución y a las normas actuales.

Equipos de capacitación: Trabajan en conjunto con la SEDRONAR mediante conferencias, charlas, talleres y material bibliográfico para fortalecer a los equipos territoriales en lo que respecta a la capacitación sobre la temática.

Observatorio: Busca generar un mapa sobre la situación a nivel provincial a través de un relevamiento, procesamiento y un análisis periódico sobre la información del consumo problemático de sustancias y adicciones.

¹¹ Esta información fue extraída del Portal del Gobierno de Santa Fe, disponible en el siguiente enlace: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/236463>

Nivel Municipal

En el tercer nivel nos pareció sumamente importante poder desarrollar a nivel local dos instituciones involucradas en la problemática del consumo de sustancias y con un trabajo atravesado bajo los lineamientos de la estrategia de reducción de daños. Por un lado, La estación y por el otro Puentes, red de abordaje comunitario de consumo problemático, sobre la que profundizaremos en el próximo capítulo.

En mayo de 2016 surge La estación en el marco del “Plan de prevención de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas”. Este plan surge a partir de la necesidad de trabajar intersectorialmente para, de esta forma, poder ofrecer políticas públicas de impacto que aborden los problemas que se caracterizan como complejos.

En este plan se sostiene que es necesario reforzar las políticas públicas que permitan un abordaje interdisciplinario e integral, a raíz de la gestión intersectorial de la problemática. Otro de los puntos a tener en cuenta es que todas las personas que se encuentren atravesadas directa o indirectamente por el consumo de sustancias puedan tener un mejor acceso a los recursos de todas las áreas del Estado Municipal. Para poder garantizar una gestión conjunta, brindando un salto cualitativo en el diseño de las políticas públicas, se abre la estación como un espacio de referencia.

La estación es una institución que depende del gabinete social, conformada por trabajadores del Estado de diversas disciplinas, donde sus intervenciones están dirigidas al sujeto como actor de su propio proyecto de vida. La propuesta es poder pensar el trabajo que se realiza con cada persona a partir de la construcción de una referencia, de un proceso de acompañamiento.

Otra de sus funciones es ser un punto de referencia para la población que demande intervención o asesoramiento. Constituyéndose como puerta de entrada a la red de instituciones de abordaje para las personas que así lo requieren; viabilizando el acceso a la atención y asesoramiento. Como eje asistencial, buscar garantizar, una asistencia de calidad, adecuada a las necesidades requeridas.

Para concluir con este capítulo, consideramos una vez más que la problemática del consumo no se puede pensar desde posturas simplistas, sino que para su prevención y

tratamiento integral necesitamos desde los tres niveles tanto nacional, provincial y municipal que se lleven a cabo acciones multidimensionales, intersectoriales e interdisciplinarias. Se deben promover espacios donde la problemática pueda hacerse presente pero que no por esto borre la singularidad del ciudadano, su recorrido histórico y su inserción comunitaria, implementando de esta manera con los equipos de trabajo proyectos ideados e implementados en una constante negociación con los ciudadanos a los que están dirigidas las acciones y con el resto de los integrantes de la red.

Como idea final se pueden observar significativos avances en el modelo de reducción de daños en los tres niveles, logrando replantear los principios tradicionales de los consumidores de sustancias psicoactivas para modificar la manera de atender y brindar los servicios sanitarios desde una visión flexible, realista e integradora.

Capítulo 4

Puentes: red de abordaje comunitario de consumo problemático

Como adelantamos en la introducción, el presente trabajo tiene como propósito profundizar la estrategia de reducción de riesgos y daños como forma de abordaje, tomando la experiencia particular de Puentes, una red de abordaje comunitario para el consumo problemático, ubicado en la ciudad de Rosario.

La elección de Puentes, se debe a que es una institución que permite visualizar un modelo de las políticas en reducción de riesgos y daños. En la misma existen diversas articulaciones con los niveles del estado. Incluso la derivación de situaciones hacía el sector de las organizaciones es una constante en los modelos de intervención estatal.

La institución, nos permitirá acercarnos, detenernos y observar las metodologías de trabajo utilizadas. El presente estudio adquiere como referencia metodológica a los enfoques cualitativos. Steven J Taylor y Robert Bogdan (1992), sostienen que la investigación cualitativa origina datos descriptivos, como las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable. Según Carlos A Sandoval Casilimas (1996) respecto a la caracterización de este tipo de investigación, un elemento fundamental, es el que se vincula con la naturaleza de la pregunta de investigación. En la investigación cualitativa son más adecuadas las preguntas por lo subjetivo, lo cultural, el proceso social o el significado individual y colectivo de realidades de diferente naturaleza. Todas estas preguntas tienen como eje principal la indagación desde la lógica interna de los fenómenos y realidades que se analizan.

Por este motivo que venimos desarrollando, el investigador necesita adoptar un pensamiento que se dirija más hacia el descubrimiento que hacia la comprobación. Para conocer más sobre Puentes, accedimos a los documentos que dicha institución nos facilitó, complementándolo con una entrevista a una profesional de la institución mencionada. El empleo de documentos según Guillermo Emilio Magrassi y Manuel María Rocca (1980) es un método de aproximación a una realidad, y el investigador social puede utilizar todo tipo

de documentos escritos, ya sea contemporáneos o del pasado, palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable.

Como mencionamos anteriormente una de las entrevistas que hicimos, se la realizamos a Melina, quien es la psicóloga social de la institución. En un primer momento teníamos como prioridad hacerle la entrevista a la trabajadora social de la institución, pero por cuestiones de tiempo no se la pudimos realizar y es por eso que Melina accedió a que podamos entrevistarla, lo que ha permitido que podamos conocer más sobre Puentes.

Retomando lo que plantean las autoras María Leticia Cáceres Cedrón *et al.* (2000) la entrevista es una interacción a partir de una conversación entre dos o más personas con un propósito deliberado y aceptado por los participantes a quienes se los llama entrevistador, es quien dirige y conduce la entrevista, y el entrevistado, es la persona que proporciona y demanda información. Las entrevistas en profundidad se caracterizan por una extensa indagación y preguntas abiertas, pero realizadas individualmente entre el entrevistador y el entrevistado. Son entrevistas no estructuradas que permite mayor libertad a la iniciativa del entrevistado y del entrevistador, quien puede preparar simplemente una lista de preguntas sobre asuntos o temas específicos o generales, de acuerdo a los propósitos de su entrevista. Las preguntas que se emplean son abiertas para que la persona entrevistada responda con sus propias palabras y dentro de su propio marco de referencia.

Enfocándonos en la institución, podemos decir que la red de abordaje comunitario de consumo problemático, Puentes, nace en el año 2012 en la ciudad Autónoma de Buenos Aires como iniciativa del movimiento popular la dignidad, con el objetivo de ofrecer, de manera libre y gratuita, tratamiento y prevención específica e inespecífica para jóvenes y adolescentes en situación de consumo problemático de sustancias. A medida que el tiempo pasaba, se fue extendiendo por diversos barrios de la capital y otros lugares del país.

Melina, nuestra referente en Puentes, nos relata que en Rosario esta institución surgió como propuesta en abril de 2017 a raíz de distintas personas que militaban en un colectivo de organizaciones sociales llamado Asamblea por los Derechos de la Niñez y la Juventud, que nucleaba un trabajo de muchos años en distintas barriadas rosarinas. Más allá de las actividades que se hacían en cada barrio, veían que el abordaje era insuficiente y que un lugar como Puentes podría enmarcar la cuestión y brindar un acompañamiento que fuera acorde a las demandas que el consumo de sustancias implica en jóvenes en situación de

vulnerabilidad. Frente a este contexto, se le agregaban las dificultades con las que se chocaban a la hora de articular el Estado en estas situaciones, pensaban que los recursos no eran los suficientes y que las propuestas no eran acordes al contexto y a las necesidades de los y las jóvenes. Manifiesta que les llevó tiempo poder conformar el grupo de trabajo, obtener el lugar físico y que hubo, además, discusiones teóricas acerca del consumo, hasta que en noviembre de 2017 lograron abrir las puertas de la institución.

En la actualidad la Red Puentes la conforman cuatro centros de abordaje comunitario para el consumo problemático, ubicados principalmente en la ciudad de Buenos Aires. También existen otras siete sedes de la Red que se encuentran en distintos procesos de construcción, ubicadas en las provincias de Córdoba, Santa Fe, Chaco, Río Negro, Mendoza y Buenos Aires.

Cuando hablamos de abordaje comunitario, los autores Konrblit, Ana Clara Camarotti, Alejandro Capriati, Pablo Francisco Di Leo y Gabriela Wald nos van a plantear que:

El modelo integral de abordaje comunitario de los consumos problemáticos de drogas puede definirse como la estrategia de intervención que tiene como protagonista a la comunidad en la búsqueda de soluciones relacionadas con este tipo de prácticas. La comunidad no es entendida desde una concepción romántica, como sinónimo de armonía, sino como un espacio social en permanente construcción, atravesado en distintos grados por la diversidad, el conflicto y la cooperación. En un abordaje de este tipo, el significado asociado a las drogas está determinado no sólo por sus propiedades farmacológicas, sino también por la forma en que los grupos de una sociedad definen el consumo de las mismas, y por las estrategias preventivas y de intervención que se utilizan. Una política preventiva no puede hacer abstracción de la estructura socioeconómica, de los aspectos psicológicos y culturales de los consumidores de drogas, y de las diversas situaciones de vulnerabilidad que atraviesan las personas y los grupos. (2015, p.15)

Actualmente, Puentes forma parte de las Casas de atención y acompañamiento comunitario (CAAC), un programa de SEDRONAR. En un reporte que realiza la SEDRONAR, define a las CAAC “(...) como espacios comunitarios con presencia permanente en el territorio y reconocimiento por parte de los actores de la comunidad, que facilitan el acceso a la orientación, contención, atención y acompañamiento de personas que se encuentran en situación de exclusión social y consumo problemático de sustancias” (2019, p. 5).

Quienes forman parte creen que, en contextos de alta vulnerabilidad social, como son las villas y asentamientos precarios en todo el país, y frente a los magros resultados de los dispositivos estatales de prevención y tratamiento de los consumos problemáticos, las organizaciones que trabajan con esta población son las únicas capaces de desplegar soluciones integrales que apunten a la prevención específica e inespecífica y la asistencia de un abordaje integral-comunitario. En el modelo de abordaje sociocomunitario de los consumos problemáticos, la comunidad es la protagonista a la hora de buscar soluciones a los problemas.

Los y las jóvenes que asisten diariamente a las casas son los protagonistas de su propio proceso. Para ello es fundamental dar lugar al modo en que ellos mismos otorgan sentido a las diferentes situaciones que atraviesan y otorgarles las herramientas necesarias para reconstruir los lazos comunitarios que el consumo atraviesa y luego destruye. El abordaje en Puentes excede lo específico del consumo problemático de sustancias y abarca otras dimensiones que hacen a la salud integral de la persona que asiste a las casas de la red. Se busca el fortalecimiento subjetivo y generar herramientas que les permitan a los jóvenes superar las continuas situaciones estigmatizantes a las que están sometidos.

El trabajo en la prevención y tratamiento de consumo problemáticos en contextos de alta vulnerabilidad social (asentamientos, villas, situación de calle) requiere de un abordaje que incluya diferentes dimensiones de la persona implicada. Es así que los equipos de trabajo en Puentes son interdisciplinarios. En la actualidad la institución cuenta con dos psicólogas, una trabajadora social, un abogado, una psicóloga social, una acompañante terapéutica, un tallerista de radio, un tallerista de cocina y dos facilitadores convivenciales. Vamos a retomar lo que estuvimos desarrollando en el capítulo dos, pero desde la mirada de Susana Cazzaniga.

Cuando hablamos de interdisciplina, Cazzaniga sostiene que:

constituye una herramienta necesaria para intervenir en lo social hoy. No es desde la soledad profesional que se pueda dar respuestas a la multiplicidad de demandas que se presentan a las instituciones, como tampoco es posible mantener una posición subalterna dentro de los equipos. Tanto la impotencia como la omnipotencia se constituyen en actitudes duales que niegan el carácter complejo de la vida social y en consecuencia obstruyen la posibilidad de intervenciones coherentes, creativas y contenedoras de la utopía. Esa, que según el poeta se manifiesta como horizonte, “cuanto más se camina, más se desplaza”, pero que

contiene siempre la esperanza de estar transitando por la vida, en este caso, por la vida profesional (2002, p. 9).

Siguiendo esta línea, otro de los autores que nos parece que brinda un gran aporte en cuanto a la interdisciplina es Eduardo Mourao Vasconcelos (2002), quien comienza planteando este trabajo desde un enfoque diverso: uno de ellos desde la sociología de las profesiones, por otro lado, desde las políticas sociales y, por último, desde un análisis institucional.

Vasconcelos efectúa un análisis de la interdisciplina desde un campo específico, el de Salud Mental, partiendo desde el paradigma de desinstitutionalización y sus repercusiones interdisciplinarias, la cual será reubicada en el nuevo paradigma. De este modo, propone una serie de conceptos a partir de grados de coordinación y cooperación entre las disciplinas:

- Multidisciplinariedad: se presenta una gama de disciplinas, sin relaciones y coordinación entre ellas.
- Pluridisciplinariedad: se juntan diversas disciplinas, con el mismo nivel jerárquico, agrupándose de forma tal que puedan aparecer las relaciones entre ellas.
- Interdisciplinariedad auxiliar: utilizan una o más disciplinas para el dominio de una existente, posicionándose como receptora y coordinadora de las demás.
- Interdisciplinaridad: son un grupo de disciplinas unidas, donde se presentan objetivos múltiples, se da una horizontalización de las relaciones de poder. Se identifica una problemática común, de las concepciones políticas y teóricas básicas, a su vez se da una decodificación recíproca de la significación, de la convergencia y divergencia de esos conceptos. Un aprendizaje mutuo, no por adicción y por último tiende a la creación de un campo de saber autónomo.
- Transdisciplinariedad: se da una coordinación de todas las interdisciplinas y disciplinas encima de una base de una axiomática compartida. Se presentan objetivos y niveles múltiples, y una coordinación con vistas a una finalidad común” (Vasconcelos, 2002, p. 5-6).

En Puentes, se piensa que una salud digna solo puede ser construida colectivamente y abordando las múltiples dimensiones que llevan a una persona a la situación de consumo; es por eso que el joven que se acerca es entendido como un sujeto activo en el proceso de recuperación de su salud y no como alguien que recibe pasivamente su tratamiento por consumo de sustancias. Debido que las causas que llevan a un joven a consumir sustancias son múltiples, el problema debe ser abordado del mismo modo, desde una mirada compleja, multidimensional y a través de un equipo multidisciplinario. En la entrevista, Melina nos

relata que la estrategia de reducción de daños para Puentes da una vuelta más cuando la salud contempla múltiples factores que no solo serían la ausencia de enfermedad sino, en este caso, la ausencia de consumo. Y ahí es cuando se diferencia de la lógica abstencionista, ya que en la estrategia de reducción de daños el punto de llegada no es el mismo para todos y ni siquiera es el final de un proceso, sino que es un momento que permite construir proyectos de vida acorde a las singularidades de los sujetos.

La intervención se piensa desde distintos planos debido a que se piensa que los consumos problemáticos de sustancias en poblaciones vulnerables son modos de lidiar con la precariedad de la vida, que la persona pueda disminuir su consumo no es suficiente para lograr una recuperación integral de la persona.

Uno de los planos, como mencionamos anteriormente es a nivel subjetivo, donde la persona que se acerca, comience por reducir de forma gradual su nivel de consumo. De este modo es posible trabajar lo que el consumo vela. La escucha en el espacio individual de terapia, los talleres y funciones al interior de la convivencia, los quehaceres de la casa, el apoyo y el acompañamiento de los operadores y, sobre todo, la contención del grupo, de las compañeras y compañeros son fundamentales para lidiar con las dificultades que conlleva el proceso de desintoxicación.

Un segundo plano, se va a dar a nivel grupal, a partir del momento que se comienza a estabilizar y reducir el consumo, surgen determinados interrogantes y problemas que antes estaban ausentes: ausencia de proyectos de vida, problemas familiares y otra serie de dificultades, como los obstáculos para acceder a un trabajo digno producto de los estigmas que cargan los y las jóvenes de los sectores populares. Se hace, entonces, necesaria la formación y la producción de un grupo de pares en donde el problema de uno es el problema del otro. A nivel grupal, se pueden trabajar dimensiones que van más allá de los procesos individuales que se trabajan en terapias y que permiten que puedan plasmar las situaciones que atraviesan como parte de desigualdades estructurales y por pertenecer a un sector social determinado.

Un tercer plano es el colectivo, que permite o no el desarrollo de nuestras potencialidades individuales. Pensar desde el individuo al grupo y pensarlo como personas de derechos capaces de reclamar y conquistar la vida que quieren y necesitan, no solo como sujetos efectos de la población de la producción económica y social, sino como sujetos capaces de

hacer política, de organizarse políticamente y transformar. Resulta necesaria la inserción de estos grupos y sujetos en otras estructuras sociales, más allá de los espacios que brinda la institución se pueden pensar la inserción de ellos en cooperativas de trabajo conformadas por vecinos y vecinas del barrio. El sujeto se expresa como lo que es, una comunidad. Lo que sucede muchas veces es que las condiciones de pobreza estructurales dañan las condiciones humanas de existencia, produciendo deterioros, de esta manera estas condiciones de vida inciden en las formas en que las personas se vincularán con los consumos.

En estos dos últimos planos, hicimos referencia a lo grupal. Donde es enriquecedor poder hacer mención al autor Enrique Pichon Rivière, que define al grupo como un "conjunto restringido de personas que, ligadas por constantes de tiempo y espacio y articuladas por su mutua representación interna se propone, en forma explícita o implícita, una tarea que constituye su finalidad, interactuando a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles" (Quiroga,1992, p.78)).

La indagación analítica de ese mundo interno nos llevó a ampliar el concepto de "relación de objeto", formulando la noción de 'vínculo', al que definimos como una estructura compleja, que incluye un sujeto, un objeto, su mutua interrelación con procesos de comunicación y aprendizaje.

Estas relaciones intersubjetivas son direccionales y se establecen sobre la base de necesidades, fundamento motivacional del vínculo. Dichas necesidades tienen un matiz e intensidad particulares, en los que ya interviene la fantasía inconsciente. Todo vínculo, así entendido, implica la existencia de un emisor, un receptor, una codificación y decodificación del mensaje. Por este proceso comunicacional se hace manifiesto el sentido de la inclusión del objeto en el vínculo, el compromiso del objeto en una relación no lineal sino dialéctica con el sujeto. Por eso insistimos que en toda estructura vincular —y con el término estructura ya indicamos la interdependencia de los elementos— el sujeto y el objeto interactúan realimentándose mutuamente. En este interactuar se da la internalización de esa estructura relacional, que adquiere una dimensión intrasubjetiva. El pasaje o internalización tendrá características determinadas por el sentimiento de gratificación o frustración que acompaña a la configuración inicial del vínculo, el que será entonces un vínculo "bueno" o un vínculo "malo".

Las relaciones intrasubjetivas, o estructuras vinculares internalizadas, articuladas en un mundo interno condicionarán las características del aprendizaje de la realidad. Este aprendizaje será facilitado u obstaculizado según la confrontación entre el ámbito de lo intersubjetivo y el ámbito de lo intrasubjetivo resulte dialéctica o dilemática. Es decir, que el proceso de interacción funcione como un circuito abierto, de trayectoria en espiral, o como un circuito cerrado, viciado por la estereotipia.

El acompañamiento que se realiza es integral, dentro del cual vamos a tener un acompañamiento en salud el cual implica la contención de aquellos jóvenes que por su situación de exclusión son continuamente marginados del sistema de salud. Acompañamiento en educación, ya que la mayoría de los jóvenes que asisten a Puentes no han finalizado sus estudios primarios o secundarios, de modo que se realiza el enlace con diversas instituciones y programas educativos a fin de armar la red educativa del joven. Otro acompañamiento que se va a dar es respecto a lo laboral debido a que en un momento determinado comienzan a aparecer demandas vinculadas con lo laboral, donde se dan orientaciones para realizar currículums, asesoramiento en entrevistas laborales, inscribirlos en diversos cursos de formación en oficios. Se realiza también un acompañamiento judicial debido a que muchos de los jóvenes que ingresan a la institución tienen alguna causa judicial abierta y desconocen el estado de la misma. Es fundamental tener en cuenta esta dimensión para poder pensar en la recuperación de una vida saludable. Es por esto que en la entrevista de admisión se consulta sobre este aspecto para poder intervenir y acompañar en este sentido. Un quinto acompañamiento es el referido a lo habitacional debido a que su situación habitacional suele ser inestable y precaria. Muchos de ellos se encuentran en situación de calle, de pasillo, en hoteles/pensiones, o en viviendas precarias en villas. Desde la institución, colaboran en la gestión de subsidios habitacionales. En otros casos se realizan derivaciones a paradores u hogares.

A la institución los usuarios y las usuarias llegan por su propia voluntad, por alguna amiga o amigo que asiste o que pasó en algún momento por el centro o, en algunos casos, llegan por alguna derivación por parte de las instituciones con las que se articulan. El proceso de admisión se realiza a través de dos o tres entrevistas, en las que participan dos trabajadores, quienes se van alternando para realizarla. En estos encuentros los temas en los se ahonda son acerca de su trayectoria familiar, escolar, institucional, se charla acerca del consumo, si existe

algún conflicto legal, si cuenta con algún referente afectivo, entre otras cosas más. Este proceso se concreta en no más de diez días. Una vez realizado se le comunica al usuario o usuaria el posible ingreso a Puentes, en caso de que no sea posible, se piensa en una derivación a otro espacio.

Por último, luego de esta breve descripción de la institución, resulta gratificante poder mencionar la devolución que dio Melina cuando le preguntamos si el consumo de sustancias podría incrementarse dada la realidad que estamos viviendo, que impacta en lo social, económico y político. Su postura, con la que concordamos, indica que, si no se modifican cuestiones vinculadas a las desigualdades que como sociedad tenemos, es muy probable que el consumo de sustancias aumente. Sostiene que el empobrecimiento de la vida lleva, sin dudas, a un empobrecimiento de la subjetividad, que deriva en conductas estereotipadas, como, por ejemplo, el consumo.

4.1. Trabajo social y especificidad

A raíz de lo que venimos desarrollando, el último punto gira en torno a la relación que se da entre la intervención del trabajo social y su impacto en el consumo problemático. Como refiere la Lic. Cazzaniga (2002), las diversas profesiones surgen a raíz del movimiento modernizador de las sociedades. La complejización de la vida social en el día a día, principalmente bajo en el encuadre del sistema capitalista, trae consigo mismo la necesidad de poder establecer la racionalización del saber de las prácticas sociales. Nos enfrentamos a una nueva manera de dar respuestas a diversos problemas sociales.

Según Edgar Morín (2004), la complejidad es todo lo que nos rodea y es, a su vez, lo que nos hace replantearnos de todos los conocimientos constantemente. Sostiene que en el pensamiento complejo todo se encuentra entrelazado. Es así, que la realidad compleja no se puede observar desde un pensamiento simplificador y reduccionista.

De esta manera, como sostiene la licenciada Claudia Mella (2018), y como hemos venido relatando en los puntos anteriores, nos encontramos frente a un paradigma que, como profesionales, nos lleva a intervenir de manera integral, interdisciplinaria e intersectorialmente.

Mella sostiene que “el consumo problemático pertenece a un campo inespecífico de la Ciencias Sociales, no es patrimonio de ninguna disciplina en particular. La mirada ya no está puesta solo en el individuo y las adicciones representan un fenómeno social complejo, es una realidad que nos desafía y compromete, abordarla implica complejizar nuestra mirada y a su vez entender la intervención no sólo como respuesta sino como herramienta” (2018, p. 1).

En este marco, Margarita Rozas Pagaza (2001) sostiene que al repensar la cuestión social y las políticas sociales hace que hagamos lo mismo con la intervención profesional. Este proceso se genera a raíz de las manifestaciones generadas por la cuestión social y dichas manifestaciones son las coordenadas que constituyen el campo problemático. La autora postula:

El concepto de ‘coordenada’ está pensado en el sentido de apropiarse de elementos y datos necesarios referidos a las manifestaciones de la cuestión social que nos posibilita definir un punto de partida en el desenvolvimiento de la intervención. Al mismo tiempo, dichas manifestaciones se expresan en la vida cotidiana de los sujetos generando un conjunto de tensiones que afectan sus condiciones de vida y que se constituyen en obstáculos para el proceso de reproducción social. (Pagaza, 2001, p. 43)

Continuando con lo que sostiene dicha autora, las distintas miradas acerca de la intervención profesional se deben a una lógica instrumental de la labor social del Estado y, a su vez es reproductiva de la relación que se genera entre la demanda y el recurso, en la cual está inscripta la comprensión dividida que se tiene acerca de lo social.

Durante el proceso de intervención, la evaluación es un proceso constante que sucede antes, durante y después de la misma. La finalidad será la promoción del bienestar de las personas, compensar ausencia de apoyo social, prevenir situaciones de riesgo, focalizando la mirada en los factores de vulnerabilidad y dependencia y en respuesta a una situación inicial que demanda la actuación.

En el campo de los consumos problemáticos, la practicas muchas veces se presentan de manera compleja, debido a la multiplicidad de factores a tener en cuenta, es por eso que la planificación de la intervención será de manera interdisciplinaria, desarmando y problematizando construcciones naturalizadas en la práctica profesional.

Retomando la cuestión de la interdisciplina que vinimos desarrollando en los puntos anteriores, es enriquecedor poder plasmar lo significativo que fue para Melina a la hora de

que las intervenciones se dieran de manera interdisciplinaria: “la interdisciplina fue nuestro eje a la hora de abordar las situaciones, porque entendemos la complejidad de las mismas y por lo tanto la necesidad de pensarlas desde múltiples visiones, es decir desde cada lugar que ocupamos como trabajadores y sobre todo desde la especificidad de las profesiones o tareas llevadas a cabo siempre hay algo para aportar que suma a la discusión y a la problematización del tema”. (Melina)

El manual de la SEDRONAR en su desarrollo, remarca que es de suma importancia poder hacer hincapié en el fortalecimiento de las relaciones sociales y en la reconstrucción del tejido social. De este modo, entendemos que los sujetos no logran recuperarse solos y tampoco podemos pensar en que el abordaje puede ser una cruzada de un individuo aislado. Como dimensión fundamental, debemos pensarlos como sujetos de derechos, con aspiraciones a proyectar, soñar, crecer y construir nuevos mundos, no solo quedarnos en que la persona pueda recibir un adecuado tratamiento, sino poder ir más allá y lograr participación plena en la sociedad.

Es ineludible llevar a cabo estrategias de formación y abordaje, que no solo se enfoquen en reducir la demanda de las sustancias, sino también a través de una acción social que le dé la posibilidad de concebir un proyecto de vida en el que la persona pueda desenvolverse plenamente.

Refiriendo a la intervención del trabajo social en términos social, Carballeda (2014) sostiene que puede pensarse en tres planos, que se superponen y actúan de manera singular en cada situación, los cuales citaremos a continuación:

Por un lado, en un primer plano u orden relacionado con sus aspectos fundacionales, la acción y la práctica cotidiana de esta disciplina se desenvuelve, dialoga y entrelaza con diferentes dispositivos de Protección Social. En otras palabras, la intervención del Trabajo Social incluye en mayor o menor medida una forma de encuentro, diálogo y transformación a través de una articulación compleja de los diferentes mecanismos que componen el sistema de protección social que posee una sociedad. Es decir que implica una acción que se transforma en una articulación heterogénea y singular de instituciones, políticas, planes y programas que, en las circunstancias propias de cada situación, tendrán diferentes tipos de expresión e impacto objetivo y subjetivo. Por otra parte, un segundo plano relacionado con los aspectos intrínsecos del Trabajo Social se vincula con la intervención en las tramas y tejidos sociales que rodean, construyen y se generan desde la construcción singular del sujeto de intervención. Éstas pueden ser entendidas desde una mirada sociológica, ligadas a la noción de lazo social

como elemento de articulación e integración del sujeto al todo societario. El lazo social construye subjetividad por medio de diferentes modalidades de relaciones, intercambios y formas de reciprocidad entre los individuos. La intervención en lo social transita construyendo desde lo micro social el encuentro entre sujeto, sociedad y cultura, en cada circunstancia singular. A su vez, un tercer plano que puede servir para intentar delimitar 'lo social' del campo del Trabajo Social, se vincula con la relación constituida y articulada entre las nociones de necesidad social y problema social. El Trabajo Social, en su devenir histórico como disciplina, se funda en un paradigma vinculado con la resolución, a través de diferentes dispositivos de protección, de las necesidades sociales de poblaciones clasificadas y predeterminadas. El propio desarrollo de la disciplina, sus aportes teóricos además de su participación en cuestiones que van más allá de las necesidades, hizo que desde la intervención se actúe también sobre los problemas sociales. (2014, p. 5)

Para culminar este breve desarrollo y continuando con la intervención del trabajo social, vamos destacar el aporte de la Ley de Salud Mental N° 26657, donde creemos que es significativo para que puedan efectivizarse los derechos humanos de las personas que atraviesan una situación de consumo problemático.

El trabajo social, aporta a la intervención en el campo de salud mental en relación a la construcción de herramientas que permitan a los sujetos enfrentar las diversas problemáticas que se le presentan en la vida cotidiana, generando de este modo la autonomía y autogestión en el medio social en la cual viven. En este sentido, volvemos a remarcar que es importante la intervención profesional desde un abordaje interdisciplinario teniendo en cuenta la participación de distintos saberes y de diferentes profesiones, para de este modo poder analizar las particularidades que se presentan en la cotidianeidad de los sujetos con los cuales se interviene. Donde se pone en juego la historia familiar, el contexto, las representaciones, los discursos, entre otras. Es decir, una totalidad atravesada por múltiples dimensiones complejas que se entrecruzan y le dan identidad al sujeto.

Reflexiones Finales

A modo de conclusión, podemos decir que logramos desarrollar los objetivos que nos habíamos propuesto, pensando que siempre se pueden seguir trabajando sobre cada uno de ellos en conjunto con el Estado, para que las estrategias de intervención permitan obtener resultados positivos.

Nos proponemos plasmar algunas reflexiones en torno al desarrollo que vinimos realizando. Remarcando una vez ciertos puntos principales que fuimos desplegando en torno al consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Desde el inicio, realizamos un recorrido histórico señalando distintos sucesos importantes a lo largo de la reciente historia Argentina, observando al consumo de sustancias psicoactivas como una problemática social que debe abordarse desde una mirada integral, junto con organismos nacionales, provinciales, municipales y de la sociedad civil.

Los consumos problemáticos nos enfrentan a un campo social complejo, multicausal, comprometiéndonos a dar una respuesta acorde a dicha complejidad. En el recorrido que fuimos realizando mencionamos la estrategia prohibicionista y la estrategia de reducción de riesgos y daños para abordar dicha problemática.

La estrategia prohibicionista ha prevalecido desde fines del siglo XIX. Dicha estrategia se va a centrar en el objeto, es decir en la sustancia, como causa del consumo. Por lo tanto, esta misma se transforma en un objeto prohibido. Se desarrolla en comunidades terapéuticas, sobre todo en comunidades cerradas.

Este prohibicionismo fracasa en el objetivo de alcanzar una sociedad libre de drogas y eliminar el consumo, dejando de este modo una serie de consecuencias. Por un lado, la ausencia de la regulación estatal no hace más que fortalecer el negocio de la producción el tráfico de drogas y generar ganancias extraordinarias. Por otro lado, en su guerra contra las drogas, las fuerzas de seguridad, el sistema penal, el poder judicial, es responsable de las graves violaciones a los derechos humanos. Por último, los graves daños a la salud de los consumidores se derivan en buena medida de la ausencia del Estado en su rol de controlar.

Frente a este fracaso, señalamos la estrategia de reducción de riesgos y daños que viene a centrarse en el sujeto, y no la sustancia. Teniendo como base cuatro puntos fundamentales:

- Apuntan a la modificación de leyes referidas al tema drogas y sus esfuerzos están dirigidos a descriminalizar y despenalizar la tenencia para el consumo personal-no a despenalizar y descriminalizar el tráfico como a menudo se confunde-, son dos cosas diferentes.
- Procuran mejorar el acceso de los usuarios de drogas a los servicios sanitarios y sociales.
- Propician la modificación de las condiciones de vida de los usuarios de drogas- por medio de la promoción, prevención y educación preventiva (educación de la salud).
- Intentan modificar la percepción social en materia de drogas y consumidores, es decir: desestigmatizar.

Continuando con la estrategia de reducción de riesgos y daños y analizándola con lo que plantea una de las profesionales de puentes, red de abordaje comunitario de consumo problemático, a quien le realizamos una entrevista. Podemos decir, que esta estrategia aporta en pensar a los procesos de salud y enfermedad desde una perspectiva integradora, contemplando múltiples factores que no solo serían la ausencia de la enfermedad, en este caso la ausencia del consumo. Pudiendo de esta forma dar una vuelta más y de esta forma diferenciarse de la lógica abstencionista. En puentes se piensa que desde la estrategia de reducción de riesgos y daños el punto de llegada no es el mismo para todos y ni el final de un proceso, es un momento que permite construir proyectos de vida acorde a la singularidad de los sujetos.

En puentes, el cambio de paradigma desde el prohibicionismo a la reducción de riesgos y daños es una discusión permanente, la misma es constante debido a que el abstencionismo está muy marcado en usuarios que han transitado por varias instituciones, la mayoría ligadas a alguna religión, con lo cual la discusión es necesaria con sus experiencias. Es un camino difícil de desandar, convencer a los usuarios y a su familia en el caso de que acompañen, que el objetivo de la institución no es únicamente dejar de consumir, es una

construcción de un sujeto usuario de drogas que no se entiende como alguien pasivo, cuyo único objetivo es dejar de consumir, sino pensarlo como un sujeto activo que en principio intentara hacer de ese consumo algo responsable y que minimice los riesgos a los que se expone al hacerlo.

Para finalizar, coincidimos con Melina, integrante de la institución puentes en pensar que el aporte del trabajo social, está vinculado con el trabajo interinstitucional y con el despliegue territorial, esto es fundamental a la hora de abordar una estrategia, porque en general siempre se involucra a otros sectores del estado (centro de salud, escuela, etc.), y por otra parte es relación a lo territorial es fundamental el rol del trabajo social a la hora de trabajar los vínculos o lazos afectivos con los que cuenta la usuaria o usuario. La clave es pensar la salud desde el trabajo con otros, crear una red que contenga al sujeto con el cual se trabaja.

Referencias Bibliográficas:

- Benedetti, E. (s.f) *En Clave de Epoca*. Disponible en: <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/en-clave-de-epoca/>
- Cáceres, L., Oblitas, B., Parra, L. (2000). *La entrevista en Trabajo Social*. Espacio Editorial, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Carballeda, A. (2008). Los cuerpos fragmentados: la intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el *desencanto* “*Los escenarios de la intervención. Una mirada metodológica*”. Paidós. Buenos Aires.
- Carballeda, A. (2013). “*La Intervención Social en los escenarios actuales. Una mirada al Contexto y el Lazo Social*”, *Margen. Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales*. (68), 1-5.
- Carballeda, J.M (2014). *Escenarios sociales, Intervención y Acontecimiento*. Ediciones digitales Margen.
- Carpintero, E (2011). “*La Ley Nacional de Salud Mental: análisis y perspectivas*”. Disponible en: <https://www.topia.com.ar/articulos/ley-nacional-salud-mental-an%C3%A1lisis-y-perspectivas>
- Cazzaniga, S. (2002). “*Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud*”, *Margen. Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales*. (27), 1-10.
- Conocente, M; Kameniecki, M. (2007). Adicciones: desde el fantasma del flagelo a la dimensión de la pregunta: perspectivas y abordajes en instituciones públicas argentinas. “*Modelos de prevención y políticas públicas sobre drogas*”. Letra Viva, Buenos Aires.
- Corda, A; Galente, A; Rossi, D. (2014). *Personas que usan estupefacientes en Argentina: de delincuentes enfermos a sujetos de derechos*. Intercambios Asociación Civil, Buenos Aires.
- Cymerman, P. et alter. (2003). *La estrategia de reducción de daños como estrategia preventiva*. Revista electrónica DROGAS. Dirigida por Patricia Sorokin.

- Goltzman, P.M. (2016) *Memorias del Encuentro Intervenciones desde la Reducción de Daños: perspectivas y desafíos actuales*. (1). Intercambios Asociación Civil. Buenos Aires
- Goltzman, P.M; Amorí, M. (2013) *Prácticas de trabajo en drogas. De la acción a la reflexión... y vuelta*. (1). Intercambios Asociación Civil, Buenos Aires.
- Hormilougué, M.C. (1997). *Temática del Uso Indebido de Drogas*. Disponible
- Hourmilougué, M.C. (1997) “*Concepto de Droga*”, Sitio Web sobre la Temática del uso indebido de drogas de la República Argentina. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.oocities.org/marcelah_arg/qdroga.pdf.
- Instituto de Investigación sobre Jóvenes, Violencia y Adicciones. (2015) “*Informe 2015*”. Diputados de la Provincia de Buenos Aires. Buenos Aires.
- Kornblint *et al.* (s.f.) *Abordaje comunitario de los consumos de drogas*. Disponible en: <https://www.teseopress.com/comunitario/wp-content/uploads/sites/291/2016/05/Abordaje-comunitario-de-los-consumos-de-drogas-1464280597.pdf>
- Kornblit, A.L; Camarotti, A.C; Di Leo, P.B. (2016)” *Prevención del consumo problemático de drogas.*” Ministerio de Educación; Unicef; Instituto de investigaciones Gino Germani. Buenos Aires, Argentina.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010). Disponible en: <http://www.mpd.gov.ar/uploads/documentos/Ley%2026657.pdf>
- Ley Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos N° 26.934 (2014). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26934-230505/texto>
- Llorente del Pozo, J.M.; Fernández Gómez, C. (1999). *Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro*, vol. 11, (4), 329-336.
- Llovera, M.S; Scialla, M. (2017). *Temas y Debates*. “*Políticas de drogas en Argentina (2003-2015). Reflexiones en torno a la puja entre lo heredado y lo reformulado*”, (34), 77-99.
- Magrassi, G.E; Rocca, M.M (1980). *La historia de vida*. Buenos Aires: Centro editor de América Latina.

- Margulis, M. (2008). *La Juventud es más que una Palabra*. Ensayos sobre cultura y juventud. Biblos, Sociedad, Buenos Aires.
- Mella, C. (2018). “Consumo problemático en el Campo de las Ciencias Sociales”.
- Noticia “*Arda, pero no se queme*” en Diario digital Página/12. (2004). Buenos Aires. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/radar/9-1248-2004-02-22.html>.
- Noticia “*El Sedronar cambia de nombre y de funciones*” en Diario digital Clarín. (2017). Buenos Aires. Disponible en: https://www.clarin.com/politica/sedronar-cambia-nombre-funciones_0_Hy4-6CLLe.html
- Paveto, R. (2010). “*Breves cuestiones sobre las políticas de drogas y las estrategias de reducción de daños y riesgos aplicada en materia de adicciones*” en Torres, Sergio y Marrazo L e Iglesias D. (compiladores) “*Paco, una década después... estructura de un problema y compilación normativa*” Ediar, Buenos Aires.
- Pawlowicz, M.P. (2015). *Ley de Salud Mental. Apuesta a un cambio de paradigma y oportunidades para una reforma en las políticas de drogas*. Voces en el Fénix, 42, 20-27.
- Ryan, S. (2009). *Prevención del consumo problemático de drogas. Desde el lugar del adulto en la comunidad educativa*. Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación.
- Sandoval Casilimas, C. (1996). *Programa de especialización en Teoría, Métodos y técnicas en Investigación Social: Investigación Cualitativa*. Copyright: Icfes, Bogotá, Colombia.
- Sedronar. “*Secretaria de Políticas Integrales sobre Drogas*”. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sedronar>.
- Sedronar. (2019). *Abordaje integral de los consumos problemáticos*.
- Sedronar. “*Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas 2016-2020*”. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/plan_nacional-reducciondemanda-drogas.p
- Sedronar. *Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario* (2019). Reporte estadístico: Enero – junio 2019.

- Stolkiner, A. (2005). *Interdisciplina y Salud Mental*. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkiner_interdisciplina_salud_mental.pdf
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós Básica, Barcelona.
- Tesolini, A. (2013). “*Ley de Salud Mental y Uso conflictivo de sustancias*”.
- Touzé, G. (2006). “Saberes y Prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína”. Intercambios Asociación Civil – Federación Internacional de Universidades Católicas, Buenos Aires.
- Touzé, G.D. (2017). *Avances y retrocesos en políticas de drogas: Conferencias Nacionales sobre Políticas de Drogas 2010-2017*. Intercambios Asociación Civil. Buenos Aires.
- Touzé, G.D; Goltzman, P.M. (2011) *América Latina debate sobre drogas: I y II Conferencias Latinoamericanas sobre Políticas de Drogas*. Intercambios Asociación Civil Buenos Aires.
- Touze, G; Goltzman, P; Amorín, E; Cymerman, P; Pawlowicz, M.P. (2012). Debate Público. Reflexión de Trabajo Social. *Consideraciones sobre el debate legislativo en torno a la ley de drogas*, (4), 64-70.
- Vasconcelos, E. (1997) “*Servicio Social e Interdisciplinariedad: El ejemplo de la Salud Mental*”. Revista Serviço Social & Sociedade Nº 54. AÑO XVIII, Cortez Editora, São Paulo.
- Vasilachis De Gialdino, I. (2006). La investigación cualitativa en Vasilachis Di Gialdno, I. (Coord.), *Estrategia de investigación Cualitativa*. Gedisa, Barcelona.

Anexos

Entrevista realizada a una de las profesionales de Puentes: red de abordaje comunitario para el consumo problemático

Entrevistadora: Buenas tardes, estoy realizando una entrevista para la tesis, son algunas preguntas para conocer más sobre la institución. ¿Cuándo surge Puentes? ¿Por qué surge? ¿Qué relación encuentra su fundación con la aprobación de la ley de salud mental?

Profesional: La red Puentes surge en el año 2012 en la ciudad Autónoma de Buenos Aires, por una iniciativa del Movimiento Popular La Dignidad, a partir de su trabajo realizado con vecinas de la villa 21 y ante la falta de respuesta para con el consumo de sus hijas e hijos. Con el paso del tiempo se fue extendiendo por varios barrios de la capital y en otros lugares del país. Puntualmente en Rosario, Puentes nace como propuesta en abril de 2017 aproximadamente, a partir de distintas personas que militábamos en un colectivo de organizaciones sociales llamado Asamblea por los derechos de la niñez y la juventud, que nucleaba un trabajo de muchos años en distintas barriadas rosarinas. Nos llevó mucho tiempo conformar un grupo de trabajo, conseguir el espacio físico y horas de discusiones teóricas en relación al consumo, hasta que finalmente en noviembre de ese año abrimos sus puertas.

A partir del trabajo en territorio es que empezamos a sentir la necesidad de poder abordar el consumo de una manera más específica. Más allá de las actividades que se realizaran en cada uno de los barrios, veíamos que el abordaje era insuficiente y que un centro de día de las características de Puentes, podría enmarcar la cuestión y permitir un acompañamiento conforme a las demandas que implican el consumo de sustancias en jóvenes en situación de vulnerabilidad. A este diagnóstico que hacíamos se sumaban las dificultades con las que nos encontrábamos a la hora de articular con el Estado en estas situaciones; entendíamos que los recursos no eran suficientes, que las propuestas no eran acordes al contexto y a las necesidades de los y las jóvenes, de hecho, muchas de las instituciones donde se derivan, vulneraban los derechos

humanos; instituciones que en su momento luego del relato de dos jóvenes nos dispusimos a denunciar.

La ley de salud mental permite en principio la apertura de estos espacios, pensarlos desde una perspectiva de derechos humanos, haciendo énfasis en la interdisciplina, pensando al sujeto como usuario de drogas y no como un adicto, des estigmatizando el consumo, entre otras cosas. Esta ley nos permitió y nos permite pensarnos como trabajadores y trabajadoras de un dispositivo que acompañe procesos terapéuticos lejos de una lógica punitivista o con una mirada médico hegemónica, sino que por el contrario acompañando proyectos de vida que posibiliten una vida en dignidad.

E: ¿Qué impacto genera ley de salud mental en su trabajo cotidiano? ¿Existe articulación con áreas del estado? ¿Hay alguna conformación de red de atención de consumo problemático?

P: Como mencionaba anteriormente, la ley de salud mental es el punto desde donde miramos y pensamos las intervenciones, de manera que el impacto en nuestra cotidianeidad y la de les usuaries es variado y satisfactorio.

La articulación con el Estado es frecuente, ya sea con los primeros niveles de atención como los centros de salud donde acompañamos ese cuidado primario; como con segundos niveles si pensamos oportuna una internación en polivalente para deshabitación. De manera que hay un circuito armado para pensar algunas intervenciones. También existe un diálogo con La estación, que aborda problemáticas de consumo y una insipiente conformación de red de atención al consumo de distintas instituciones y la Aprecod.

E: ¿Porque se le pone ese nombre?

P: Puentes hace referencia justamente a lo que esperamos que surja del espacio. Siempre repetimos a los y las jóvenes que el tiempo del tránsito por la casa va a ser acorde a sus necesidades, pero deseando que no sea lo suficientemente breve como para no poder pensarnos juntas, ni demasiado prolongado como para interferir en su

autonomía. Y justamente de eso se trata, Puentes es un pasaje, una instancia donde construir autonomía, donde fortalecernos para poder, entre todos, prefigurar proyectos de vida.

E: ¿Quiénes son los primeros que comienzan?

P: Comenzamos 10 trabajadores y trabajadoras: dos psicólogas, una trabajadora social, un abogado, una acompañante terapéutica, una psicóloga social, un médico generalista, dos talleristas de arte, dos talleristas de música, un tallerista de radio. Luego se sumaron una médica psiquiatra y una tallerista de cocina.

E: Tengo entendido que ustedes trabajan con la estrategia de Reducción de daños, ¿esto es así?

P: Sí.

E: ¿Qué crees que aporta esta estrategia?, ¿Cuáles son las diferencias de la estrategia abstencionista? ¿COMO SE HABITA EL CAMBIO DE PARADIGMA – en momentos donde existe una contradicción permanente en los abordajes?

P: Creo que lo que aporta es pensar los procesos de salud y enfermedad como algo dinámico, que tiene sus momentos. También permite pensar la salud de una perspectiva más integradora, es decir que contempla múltiples factores que no solo serían la ausencia de enfermedad, en este caso la ausencia de consumo. Y ahí es cuando da una vuelta más y se diferencia de la lógica abstencionista, desde la estrategia de reducción de daños el punto de llegada no es el mismo para todos y ni siquiera es el final de un proceso, sino que es un momento que permite construir proyectos de vida acorde a la singularidad de los sujetos. Por otra parte, también pensar la salud y la enfermedad en su dimensión comunitaria, es decir, el contexto es fundamental en la construcción de subjetividades, entonces enmarcarnos nos da la posibilidad de preguntarnos acerca del consumo en una sociedad de consumo, en un

sistema capitalista y patriarcal que marca el ritmo de nuestras vidas y también las posibilidades.

En relación a lo último que preguntas, pienso que se habita desde una discusión permanente y digo esto porque el abstencionismo está muy marcado sobretodo en usuarios que han transitado por varias instituciones, la mayoría ligadas a alguna religión, con lo cual la discusión es necesaria con sus experiencias. Es difícil desandar ese camino, convencer a los usuarios y a su familia en el caso de que acompañe, que nuestro objetivo como centro de día no es únicamente dejar de consumir y si ese fuese el objetivo es algo pensado con quien acceda al espacio, es decir es una construcción de un sujeto usuario de drogas que no lo entendemos como alguien pasivo cuyo único objetivo es dejar de consumir, sino pensarlo como un sujeto activo que en principio intentara hacer de ese consumo algo responsable y que minimice los riesgos a los que se expone al hacerlo.

E: ¿Qué implica concretamente reducir daños? ¿Y que implica concretamente aplicar una política abstencionista?

P: Un poco me referí a eso en la pregunta anterior, concretamente reducir daños implica en principio una problematización del mismo que les permita pensar a qué o por qué se exponen a la hora de consumir determinadas sustancias. Por otra parte, implica abordar de manera inespecífica el consumo, esto se logra por ejemplo a través de talleres que permitan una expresión de sus problemas de manera más implícita pero que después se abordará en sus espacios de escucha individual. Implica pensar en la singularidad de cada historia y por tanto en la construcción de objetivos desde esa singularidad. En relación al abstencionismo, entiendo que el objetivo es puntualmente dejar de consumir, de hecho, en muchos espacios es condición de admisión dejar de hacerlo, a mi parecer se borra un poco la trayectoria de vida de cada usuario y se dispone un objetivo común, generalizando las experiencias e inclusive generalizando todas las sustancias, sin poder diferenciar en los distintos tipos de drogas, las distintas formas de consumirlo, las múltiples condiciones concretas de existencia de las personas, etc.

E: ¿Cómo es financiada la institución? ¿Qué impacto tiene en el presupuesto el aporte estatal? ¿Qué financia el estado?

P: Puentes forma parte de las CAACs, casa de acompañamiento y atención comunitaria, que es un programa de SEDRONAR. Por lo tanto, el financiamiento de la institución depende de la secretaria de drogas de la nación y de convenios firmados con la Aprecod que es la agencia de la provincia.

E: En cuanto a las políticas de drogas, crees que son suficientes o sentís que se necesita ahondar más en la problemática.

P: Creo que se necesita ahondar mucho más en la problemática. En principio porque es sumamente compleja e implica factores como el tráfico ilegal de drogas y ahí es toda una discusión en sí misma. Por fuera de eso, creo de a poco se abren nuevos debates respecto al consumo, si creo que sigue pendiente pensarlo en las mujeres y la diversidad sexual, donde esta problemática sigue siendo completamente invisibilizada y por lo tanto las políticas que se despliegan no terminan de llegar a esta colectiva. Para esto tenemos que seguir debatiendo el rol que las mujeres y las diversidades tenemos en la sociedad, soy optimista con esto porque me parece que el contexto socio-histórico así lo permite, pero hay que seguir andando por este camino, que permita que las instituciones estén atravesadas por una perspectiva de género.

E: Respecto a la admisión de los usuarios/as, ¿cómo la realizan?

P: Los usuarios y las usuarias llegan por su voluntad porque se enteraron de un amigo o amiga que va o que fue, es decir el boca a boca y por otra parte llegan derivadas o derivados de instituciones con las que articulamos. El proceso de admisión cuenta con dos o tres instancias de entrevistas, realizadas por dos trabajadores o trabajadoras que nos vamos alternando para llevarlas a cabo y en esos encuentros ahondamos acerca de su trayectoria familiar, institucional, escolar, charlamos acerca del consumo, si existe algún conflicto legal, si cuenta con algún o alguna referente

afectiva, entre otras cosas. Este proceso lo concretamos en no más de 10 días, donde le comunicamos al usuario o la usuaria si es posible el ingreso a Puentes, si pensamos que es acorde o plantemos una derivación a otro espacio.

E: Para el ingreso, ¿tienen que presentar ciertos requisitos?

P: A la hora del ingreso, se lee con el usuario o la usuaria un consentimiento informado en el cual dejamos plasmados sus derechos en el lugar, como así también sus deberes, haciendo énfasis en la asistencia a espacios individuales con las psicólogas como así también a los espacios de taller que sean de su elección. Por otra parte, advertimos que cualquier tipo de escena o denuncia de violencia de género que se presente para con el usuario es motivo de desvinculación del centro de día.

E: ¿Cuáles son las edades de quienes acceden a la institución?

P: Mayoritariamente mayores de 18 años, hemos tenido algunas experiencias con adolescentes de 14 o 16 años, pero debido a su edad, tratamos inmediatamente de articular con la secretaria de niñez y adolescencia debido al riesgo que implica para menores de edad estar en situación de consumo y muchas veces en la calle.

E: ¿Cuántos profesionales forman parte de la misma? ¿Qué oficios tienen?

P: El equipo inicial que describí en preguntas anteriores fue cambiando. En la actualidad contamos con dos psicólogas, una trabajadora social, un abogado, una psicóloga social, una acompañante terapéutica, un tallerista de radio y una tallerista de cocina, además de dos facilitadores convivenciales.

E: Si bien vos no sos Trabajadora Social, ¿cuál es el aporte que le puede realizar la misma a la institución?

P: El aporte del trabajo social para mi está relacionado con el trabajo interinstitucional y con el despliegue territorial. Esto es fundamental a la hora de abordar una estrategia, porque en general siempre se involucran a otros actores del estado como por ejemplo el centro de salud o la escuela y por otra parte en relación a lo territorial me parece fundamental a la hora de trabajar los vínculos o los lazos afectivos con los que cuenta el usuario o la usuaria. Creo que la clave de pensar la salud desde esta perspectiva es el trabajo con otros, es decir, crear una red que contenga al sujeto que estamos acompañando y pienso que eso es tarea esencial del trabajo social.

E: como es el día a día, ¿cuáles son las actividades que realizan?

P: El centro de día abre a las 9 de la mañana hasta las 18 horas, por eso compartimos tres comidas: el desayuno, el almuerzo y la merienda. Comenzamos el día desayunando y después distribuimos las tareas que hacen a la casa, es decir la limpieza del espacio y organizamos quienes se encargaran de la comida, el resto de la mañana consiste en llevar a cabo eso y después cada usuario o usuaria tiene designado un horario de espacio terapéutico. Luego del almuerzo por la tarde se dictan los talleres, de acuerdo al día hay distintas propuestas. Un día a la semana hacemos asamblea donde charlamos cuestiones referidas a la convivencia, propuestas para la semana y otras cosas que surjan; esto para nosotros trabajadores y para quienes asisten al centro se transformó en una herramienta fundamental que nos permitió poner a jugar la palabra y resolver situaciones conflictivas a través de ella. Este año comenzamos una huerta de manera que también una parte del día está dedicada a su cuidado. Los días miércoles por la tarde se cierra Puentes y tenemos nuestra reunión de equipo.

E: ¿Se trabaja de forma interdisciplinaria?

P: Sí. Siempre desde la conformación del equipo y más allá de sus modificaciones, la interdisciplina fue nuestro eje a la hora de abordar las situaciones, porque entendemos la complejidad de las mismas y por lo tanto la necesidad de pensarlas desde múltiples

visiones, es decir desde cada lugar que ocupamos como trabajadores y sobre todo desde la especificidad de las profesiones o tareas llevadas a cabo siempre hay algo para aportar que suma a la discusión y a la problematización del tema. El año pasado además contamos con el acompañamiento de un equipo de psicólogos sociales que presenciaban las reuniones de equipo y nos permitieron repensar algunos temas que como grupo de trabajo a veces perdíamos la costumbre de abórdalos, digo la lógica institucional y la diaria te lleva a perderte a veces de discusiones que no estaban del todo soldadas o que debíamos re pensar. Sigue pendiente la formalización de una instancia de supervisión.

E: Y para finalizar, frente a la realidad que estamos viviendo, impactando de alguna forma en lo social, económico y político, ¿crees que puede incrementar el consumo?

P: Creo que si no se modifican cuestiones referidas a las desigualdades que como sociedad tenemos es probable que se incremente el consumo de sustancias. El empobrecimiento de la vida lleva sin dudas a un empobrecimiento de la subjetividad que deriva en conductas estereotipadas que puede ser el consumo. Pero como me refería anteriormente en una sociedad capitalista y patriarcal como la que tenemos ahora, es muy difícil estar por fuera del algún consumo, por lo cual preguntarnos acerca de ello nos puede permitir otra forma de transitarlo.