



RIDUNAJ
Repositorio Institucional
Digital UNAJ



Tesinas de Grado

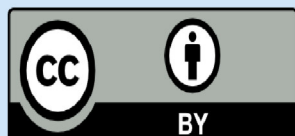
Monte, Amílcar Alfonso

El consumo problemático: Un abordaje desde los dispositivos institucionales

2022

*Instituto: Ciencias Sociales y
Administración*

Carrera: Licenciatura en Trabajo Social



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons.

Atribución – Compartir igual 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Monte, A. A. (2022). *El consumo problemático: Un abordaje desde los dispositivos institucionales* [Tesis de grado, Universidad Nacional Arturo Jauretche]. Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ <https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>

Amílcar Alfonso Monte

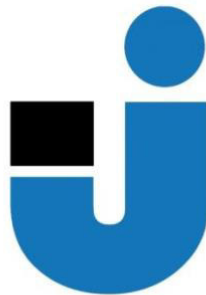
El consumo problemático

“Un abordaje desde los dispositivos institucionales”.

TESIS

Licenciatura en Trabajo Social

Universidad Nacional Arturo Jauretche



Universidad Nacional
ARTURO JAURETCHE

Directora: Licenciada Yamila Pereyra

Buenos Aires

2022

“El consumo problemático: Un abordaje desde los dispositivos institucionales”.

Índice

Contenido

Introducción	3
Objetivo general	5
Objetivos específicos	5
Marco metodológico	7
Tipo de investigación	7
Diseño de la investigación	8
Técnicas de recolección de datos	9
CAPÍTULO I	10
4.1 Prevención primaria, secundaria y terciaria.	19
4.2 Los programas de enfoque de riesgo y protección	20
4.3 El enfoque de Promoción de la Salud.	21
4.4 Respuestas socio-sanitarias al consumo de drogas	23
4.5 La necesidad de un abordaje comunitario basado en la integralidad	25
4.6 Consumo problemático de sustancias	27
CAPÍTULO II	31
Marco legal del consumo de sustancias	31
CAPÍTULO III	37
3. El concepto de dispositivo	37
3.1 Dispositivo Integral De Abordaje Territorial (DIAT)	39
3.2 El Centro Vareense de Rehabilitación Social (CEVARESO)	43
3.3 Comunidades terapéuticas	44
CAPÍTULO IV	58
CONCLUSIÓN	70

Introducción

En Argentina en los últimos años se ha conformado un complejo tejido de núcleos problemáticos asociados al uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, principalmente en jóvenes, adolescentes de sectores marginados socio-económicamente. El uso de drogas se ha convertido históricamente como sustancias prohibidas y nocivas para salud y motivos de una creciente alarma social, en algunos casos por una acción estigmatizante y penalizadora hacia quienes consumen y otras a las distintas situaciones de vulnerabilidad a las que se exponen, redes de delito, violencia urbana y, en muchas ocasiones, el accionar represivo (abusivo) de las fuerzas de seguridad (Lozano, 2019). Sin embargo, las perspectivas de los últimos tiempos están puestas en las problemáticas y afecciones que provocan en quienes las consumen, tal y como lo expone Kornblit et.al (2007,p.17) “la preocupación creciente por el consumo de sustancias ilícitas no es sólo por los nuevos patrones de uso, sino también por las nuevas drogas cada vez más potentes y potencialmente dañinas”.

Es importante señalar, que las drogas siempre han convivido con el ser humano desde su origen, con fines curativos, festivos, estimulación, búsqueda del conocimiento, etc. En un momento determinado de la historia de las sustancias, más precisamente a fines del XIX y principios del XX se produce una ruptura entre los usos prescritos y no prescritos o indebidos de sustancias, con la aparición de las recetas médicas. Entonces a partir del siglo XX es cuando el uso de drogas se convierte en un problema y se instala en un imaginario social, que genera alarma donde estereotipos les adjudican a los usuarios de sustancias un poder omnímodo y demoníaco como agentes causales de adicción, desviación social y delito. En particular, estos estereotipos: enfermo, adicto, vicioso, delincuente, joven, peligroso, impactan en nuestro ámbito de trabajo, la salud pública, promoviendo efectos de exclusión que impiden la accesibilidad de los consumidores de sustancias al sistema de salud (Quevedo, s.f.).

Frente a esto, se han desarrollado una serie de políticas públicas que ofrecen asistencia y fomento de prevención ante estos consumos problemáticos, pero también se

destacan acciones alternativas a las del Estado, con la participación de otros actores, que amplían así la oferta pública, privada subsidiada o convenida con el estado y privada con propósitos preventivos ante el consumo de drogas. Así en el estudio del uso y abuso de drogas surgen una multiplicidad de perspectivas prácticas y expectativas de quienes se han propuesto intervenir en la problemática.

Aproximadamente desde hace un siglo que desde la medicina y el derecho comienza a visualizarse el uso de drogas como una actividad “anti-social”. Para justificar su tratamiento los argumentos giraban en torno a la peligrosidad que presentaba el consumo de drogas. Es así que los términos “toxicómano”, “adicto”, “drogadependiente” o “drogadicto” son construcciones que se fueron realizando a lo largo del tiempo. Sobre los estudios que se realizan del tratamiento del consumo y abuso de drogas, los mismos coinciden en considerar una interacción constante entre tres elementos que forman parte del fenómeno y que son necesarios a la hora de realizar cualquier análisis: sustancias, individuos y contexto (Camarotti y Touris, 2017).

Dentro de esa multiplicidad de acciones podemos mencionar cómo el organismo del Estado la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) que trabaja con distintos dispositivos como lo es el Hogar de Cristo, las comunidades terapéuticas, hospitales de día, con concurrencias diarias o esporádicas, vistas como herramientas institucionales que tienden a dar respuestas para la solución del consumo problemático siendo el organismo rector de la política pública en materia de drogas, articulando diversas áreas del gobierno a nivel Nacional, Provincial y Municipal.

Objetivos

Objetivo general

- Distinguir los abordajes que implementan las instituciones públicas/privadas especializadas en Consumo de sustancias del Partido de Quilmes y Florencio Varela del año 2021.

Objetivos específicos

- Comparar las intervenciones que llevan a cabo las instituciones públicas y privadas de asistencia y prevención del consumo de sustancias del partido de Quilmes y Florencio Varela.
- Describir los abordajes asistenciales del consumo de sustancias que implementan las instituciones públicas y privadas del partido de Quilmes y Florencio Varela.
- Describir el recorrido histórico de los paradigmas que impactan en el abordaje del consumo de sustancias en las instituciones públicas/privadas del Partido de Quilmes y Florencio Varela.

La investigación estará estructurada en 4 capítulos, donde se tomará como punto de partida analizar el entramado social complejo que se forma por sus representaciones e imaginarios propios dentro de las instituciones, describiendo a los distintos dispositivos institucionales que fueron creándose en relación a esta problemática y determinar el abordaje actual que realizan los mismos.

El primer capítulo tendrá una mirada general respecto a las diferentes teorías y paradigmas que se fueron planteando sobre el consumo de sustancias en la actualidad.

En el segundo Capítulo se hará una mirada sobre Marco legal del consumo de sustancias.

El tercer Capítulo está íntegramente dedicado al análisis de descripción de las distintas intervenciones que llevan a cabo las instituciones públicas de asistencia y prevención ante el consumo problemático; y cómo fueron formuladas las políticas y dispositivos para la asistencia o el abordaje de usuarios en situación de consumo desde una perspectiva teórica y legislativa que impactan en la temática.

El capítulo cuatro y final, se realizará el análisis de datos, en esta fase se aplicará la lógica deductiva e inductiva, y es aquí donde la información recogida se clasificará y se agrupará de acuerdo a sus características y elementos que permitan inferir conclusiones con relación a los objetivos planteados, así como, evidenciar los elementos encontrados que se

podieran conectar de manera directa con los basamentos teóricos. Igualmente, se introducirán en el análisis e interpretación, los criterios que permitan realizar el manejo de los datos no cuantitativos. Asimismo, como la entrevista es de preguntas abiertas, se utilizará un criterio de interpretación en función de las palabras manejadas por los entrevistados. En principio se codificarán las respuestas individuales en categorías con lo cual se pretende presentar los resultados de una manera sencilla, permitiendo reducir la amplia variedad de respuestas desplegadas.

Asimismo, se aplicará la estadística textual utilizando el análisis de correspondencia el cual busca relacionar los datos en un espacio pequeño de análisis, que mantenga en su mayoría la información original. El análisis de datos textuales tiene como objetivo valorar la información utilizando los datos disponibles obtenidos de las entrevistas indagando sobre diferentes elementos que permitan caracterizar los factores involucrados en la obtención de los objetivos.

En consecuencia, según García (2003), lo que se busca es descifrar mensajes en los datos, partiendo de la base de una inexistencia de estrategia única o procedimiento general válido para todo tipo de análisis cualitativo, sustentándose en una propuesta desde la reducción de datos hacia la obtención de datos y conclusiones.

Marco metodológico

En este capítulo se considera el diseño de la investigación que incluye a su vez las técnicas de recolección de la información y el tratamiento de la misma que resultan adecuadas para abordar un problema. Esto permite elaborar una forma específica de enfocar un problema, que permita responder a las preguntas que plantea la investigación, por lo que su planificación debe hacerse previamente. Según Balestrini (2002), en el marco metodológico es donde se presentan los métodos, las técnicas y los pasos a seguir en el despliegue de la investigación y en el proceso de obtención de información. En el mismo,

se confecciona la ruta a seguir para conseguir de manera acertada los objetivos planeados. El objetivo del mismo, consiste en familiarizarse con los elementos teóricos de la investigación y los modelos de análisis que permitan interpretar los resultados obtenidos, y determinar conclusiones con relación a los objetivos planteados al inicio de la investigación. Asimismo, se busca familiarizarse con los elementos técnicos como son las fuentes de información y técnicas de recolección de datos, así como el tratamiento de la información obtenida.

Tipo de investigación

De acuerdo al objeto de estudio, objetivos y marco teórico planteados se considera que un enfoque cualitativo resulta adecuado para desarrollar el proceso de investigación, ya que la misma tiene como objetivo principal la descripción de las cualidades de una imagen. Hernández, Fernández y Lucio (2003), señalan que la investigación con un enfoque cualitativo, es explicada como la recopilación de datos sin medición numérica, para descubrir y refinar preguntas de investigación. Aparte, los autores definen la investigación cualitativa como descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, conductas, etc.

En función de lo descrito anteriormente, se considera como tipo de investigación la exploratoria ya que se pretende conocer una temática. La investigación exploratoria permite, según Vieytes, “establecer un marco de ideas generales cuando no hay información previa, identificar dimensiones y categorías de análisis y describir cualitativamente” (Vieytes, p. 90). Los estudios exploratorios sirven para esclarecer la base de un problema que se plantea, generando datos para que sean “clasificados, ordenados, analizados e interpretados con el fin de descubrir ideas y relaciones nuevas” (Vieytes, 2004, p. 90). El autor señala que “los estudios exploratorios se efectúan, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes” (Vieytes, p. 115). Este tipo de investigación “se inicia, entonces, cuando hemos revisado los antecedentes de nuestro problema y encontrado que hay muy poco conocimiento acumulado acerca del mismo” (Vieytes, 2004, p. 90).

Diseño de la investigación

Con relación a la investigación planteada, se precisa el diseño de investigación como la técnica que permite orientar desde el punto de vista técnico todo el proceso desde la recolección de los datos hasta la interpretación y análisis de los resultados obtenidos considerando los objetivos que se plantearon al inicio de la investigación. En función de lo descrito, la investigación se orienta hacia la incorporación de un diseño de campo no experimental ya que permite observar la realidad y recolectar los datos en ambiente habitual lo cual permita posteriormente hacer indagaciones con relación a la realidad observada.

Es por ello que este estudio se ajusta a los propósitos de investigación no experimental descriptiva, considerándose como este último porque se busca describir el tema de investigación, sino que, por análisis de las respuestas recibidas a través de los instrumentos de recolección de datos, se busca definir las situaciones que permitan dar respuestas al objetivo general planteado en esta investigación.

Técnicas de recolección de datos

Como primera estrategia se buscará analizar los paradigmas de surgimiento e intervención que implementan las instituciones de asistencia y prevención para el consumo problemático de sustancias en la actualidad. La muestra se tomara a tres referentes, dos del partido de Quilmes y uno del partido de Florencio Varela. La selección de la misma se hizo de manera intencional teniendo en cuenta el tipo de abordaje de cada institución. Es decir, que nos permita tener distintas miradas de abordaje y respondan a los objetivos de esta investigación.

Dentro del conjunto de técnicas de recolección de información se escogió la entrevista ya que la misma permite obtener la información en forma directa por parte de los actores seleccionados. Es así, que en el ámbito de lo privado se realizará una entrevista abierta a Karina Lopez, trabajadora social y operadora socioterapeutica en una comunidad terapéutica llamada Creando la Libertad, a un Dispositivo Integral de Abordaje Territorial (DIAT) Maria Laura Navarro, licenciada en Psicología y coordinadora municipal de los dispositivos de abordaje territorial en el municipio de Quilmes y por último CEVARESO (Centro Varelenso de rehabilitación social) quien es la directora Liliana Puga . Además, posee otras ventajas a saber, “la existencia de un contexto de interacción más directo, personalizado, flexible y espontáneo, favorece la transmisión de información no superficial y da al investigador la posibilidad de esclarecimiento y seguimiento de preguntas y respuestas para evitar cometer errores” (Vieytes, 2004, p.661).

Entrevista: planteada como la “Interacción entre dos personas, una de las cuales –el investigador- formula determinadas preguntas relativas al tema en investigación, mientras la otra –el investigado- proporciona verbalmente o por escrito la información que le es solicitada” (Sabino, 1996, p.161), facilitará la recolección de datos para una indagación.

La ventaja esencial reside en que son los mismos actores sociales quienes proporcionan los datos relativos a sus conductas, opiniones, deseos, actitudes y expectativas, cosa que por su misma naturaleza es casi imposible observar desde fuera. Existe un inconveniente con el uso de la misma ya que cualquier persona entrevistada podrá hablarnos de aquello que le preguntemos, pero siempre nos dará la imagen que tiene de las cosas, lo que cree que son, a través de toda su carga subjetiva de intereses, prejuicios y estereotipos que refleja la mirada de la institución aunque no todos los actores adhieran totalmente.

CAPÍTULO I

En este capítulo conceptualizamos los distintos modelos que encuadran formas de concebir al consumo de sustancias y como estos se materializan en políticas y dispositivos de abordaje en nuestro país. En esta línea, es necesario tener en cuenta que si bien se pueden identificar periodos de rompimiento de paradigmas, estos aún conviven en las instituciones. En esta tensión entre lo instituido y lo instituyente, se espera que los distintos paradigmas se complementen de manera superadora. Tanto en el abordaje del consumo de sustancia como así también en los dispositivos de prevención en el territorio y en las instituciones.

En este marco, Alfredo Carballada define la intervención social como "un conjunto de dispositivos de asistencia y de seguros en función de mantener el orden o la cohesión de lo que denominamos sociedad" (2002,p.91). En este sentido, el autor indica una artificialidad configurada en un lugar y tiempo determinado, para dar cuenta de las consecuencias activas de la cuestión social, en cuanto expresión del malestar de vastos colectivos humanos que experimentan los trastornos derivados de la instauración del capitalismo como matriz ordenadora de la vida social, cultural y económica desde fines de siglo XVIII. En este sentido, el consumo de sustancias no escapa a esta cuestión social ya que extiende sus consecuencias a los ámbitos privados de la existencia, y resignifica los lugares en los que se expresa. a su vez la intervención social está impregnada de esta cuestión macro y que atraviesa el territorio "un espacio jurídico, que habla de la legitimidad de la intervención, y político, que marca la agenda donde se construyen diferentes aspectos de la cuestión social" (Carballada 2002,p.95).

Esta idea de cuestión social nos invita a realizar un recorrido histórico que dé cuenta de los distintos paradigmas que atravesaron la Argentina y que evidencian los avances y retrocesos en cuanto a la mirada y abordaje del consumo de sustancias en nuestro país, que se materializan en políticas públicas y en dispositivos de intervención en los territorios.

1. Diferentes modelos de abordaje sobre el consumo problemático a través del tiempo.

Los distintos modelos que se presentarán a continuación son formas distintas de percibir el consumo de sustancias. Es decir que responden a paradigmas que representan una cosmovisión, una manera de entender la vida misma. Esa cosmovisión lleva a la comunidad científica a definir cómo entender y actuar en consecuencia ante los fenómenos físicos, biológicos, químicos, sociales, políticos o económicos. Estas formas de conocimiento no son acabadas sino que entran en crisis cuando no pueden dar respuestas a fenómenos sociales como el consumo de sustancias. En este sentido Thomas Kuhn sostiene que hay momentos en que ese pensamiento se debilita y es aquí cuando aparecen nuevas teorías dando nacimiento a nuevos paradigmas (Kuhn 1981).

Es así que se explica la existencia de distintos modelos y que a su vez evidencian un posicionamiento político ante el fenómeno como así también en los dispositivos que tratan de dar respuesta al consumo de sustancias.

1.1 Modelo Ético- Jurídico

De acuerdo al Instituto de Investigación sobre Jóvenes, Violencia y Adicciones (2015) surge hace más de cien años, considerado el primer modelo preventivo. Este modelo le atribuye un papel importante a la sustancia.

Las sustancias psicoactivas (para este tipo de discurso: las drogas) son la causa de todos los males individuales y sociales, un flagelo compuesto de drogas, delincuencia, vicio. En este análisis el sujeto es un actor secundario, que se convierte en un objeto dominado por la sustancia psicoactiva. La droga es pensada como sujeto, como elemento activo (Fernández y Martínez, 2014,p.39) Como se trata de un modelo principalmente jurídico, su consideración de las sustancias está determinada por el criterio de legalidad, y

por eso resulta primordialmente punitivo. Hay sustancias lícitas y sustancias ilícitas. Las segundas, resulta evidente, constituyen el “problema droga” (Instituto de Investigación sobre Jóvenes, Violencia y Adicciones, 2015,p.6). La droga al ser considerada un bajo el concepto de delito, el modelo lleva a la criminalización y a la estigmatización de los usuarios, a la vez que produce la creación de un mercado negro cada vez más poderoso. Este modelo es el eje central del paradigma prohibicionista. Respecto al modelo Touzé (2006) sostiene que existe una gran paradoja en el modelo, dado que por un lado se presenta al consumidor como un sujeto vicioso y su conducta es ilegal, lo que lo convierte en delincuente, pero a su vez presenta a la droga como sujeto activo, no a la persona, que solo es su víctima. En ese sentido el sujeto que consume tiene un doble papel, delincuente y víctima.

El modelo desde esa perspectiva solo se basa en el control, y en la prevención de drogas ilegales y moralmente malas, es decir busca dificultar la disponibilidad de la sustancia y como estrategia utiliza la publicidad y divulgación de las consecuencias que genera la utilización de las drogas y la penalización por cultivo, elaboración, fabricación, distribución y venta.

1.2 Modelo Médico-Sanitario

Este modelo da un salto desde el paradigma punitivo a otro basado en la desviación. Se trata de una mirada médico-epidemiológica, por lo cual las adicciones son consideradas una enfermedad y el consumidor, un enfermo, considera que los sujetos/ “pacientes” no son responsables de la práctica de consumir drogas. En este sentido, el rótulo de “enfermo”, y ya no de vicioso, lo hace acreedor de un “tratamiento” en vez que de un “castigo” (Fernández y Martínez, 2014,p.40). Al igual que el modelo anteriormente mencionado, el análisis recae en la sustancia, pero como agente causal de las adicciones. “La sustancia ya no es tomada en su valor normativo sino en función de su potencial adictivo, como “virus”, “epidemia” o “plaga”; se asimila el uso de drogas a una enfermedad infectocontagiosa” (Fernández y Martínez, 2014,p.40).

La mayor diferencia entre ambas concepciones es que el modelo sanitario no hace distinción entre lo lícito y lo ilícito y, por lo tanto, abarca a menudo el alcohol, la nicotina, los productos farmacéuticos y la cafeína como sustancias que producen dependencia, pero las diferencias de otras drogas tomando como base las variables de aceptabilidad social y la posibilidad generalizada de obtención y uso. En tanto la prevención está orientada también hacia la abstención del uso de drogas, pero no ya a través de la amenaza de sanción sino mediante la información de los daños producidos por las mismas.

1.3 Modelo Psico-Social

Este modelo surge a mediados de los años 80 y a diferencia de los dos modelos anteriores, el foco de análisis es el sujeto, más precisamente en el vínculo que este construye con la sustancia. El uso de drogas y su consumidor son el factor dinámico y complejo y el punto principal en el que ha de centrarse la intervención. Por ello, interpreta que el adicto es un enfermo y que la adicción es la resultante de un malestar psíquico (Fernández y Martínez, 2014,p.40). Al igual que el modelo Médico-sanitario comparte la categoría de enfermo para abuso y consumo la genealogía de ese consumo problemático no se explica como consecuencia del contacto del sujeto con la sustancia sino como síntoma de un malestar previo que el sujeto tiene con su medio social: familia, entorno, grupo de pertenencia, etc. (Instituto de Investigación sobre Jóvenes, Violencia y Adicciones, 2015,p.7), por ello este modelo se sustenta en el reconocimiento de la complejidad de cada individuo y del peso que tienen los factores psicológicos y ambientales sobre sus decisiones. En ese sentido la intervención que propone el modelo muchas veces no está relacionadas el consumo de las drogas, la estrategia está basada en la Educación para la Salud mental entendida como un proceso de enseñanza-aprendizaje, ético y participativo, no apunta ya estrictamente a evitar el consumo sino a mejorar las relaciones interpersonales y el desarrollo de conductas de autocuidado.

1.4 Modelo Socio cultural

Este modelo establece que el significado asociado a las drogas va más allá de los factores psicológicos y sociales, y que el mismo no está determinado no por sus

propiedades farmacológicas, sino por la forma en que una sociedad define el consumo de las mismas y por las estrategias preventivas que utiliza con los consumidores. En ese sentido las causas del consumo problemático y no problemático de sustancias psicoactivas se describen como cualquier hecho o fenómeno social, el análisis de las diversas formas de presión, influencia y/o condicionamiento de lo social sobre el individuo parecen echar luz sobre este tipo de fenómeno. Este modelo sostiene que “la droga funciona como evasión de la realidad” y es un síntoma de una sociedad en crisis. O si se piensa desde los individuos, en la manifestación de la imposibilidad de esa sociedad de ofrecer a esos individuos un proyecto existencial (Instituto de Investigación sobre Jóvenes, Violencia y Adicciones, 2015,p.7).

Los cuatro modelos descritos fueron analizados en Latinoamérica por el FAT (Fondo de Ayuda Toxicológica) el cual no niega la validez de los mismos, sino que los integra en una síntesis superadora. Es así, que en el año 1974 presentan a la UNESCO el modelo Ético-Social, el mismo de acuerdo a Ryan (2009) “se refiere a la problemática del uso indebido de drogas y toma en cuenta no sólo la interacción de la tríada sustancia-persona-contexto, sino también la preocupación por la existencia, por el sentido de la vida. Considera que la enseñanza para la prevención de la drogadicción necesita de un “hilo conductor” a partir del cual la complejidad de los análisis adquiera sentido. Para determinar los alcances de una “ética social” afirma que es necesario construir un proyecto grupal.”

1.5 Modelo Multidimensional

Este modelo resulta superador de los 4 modelos clásicos mencionados, ya que plantea que en cualquier uso de drogas se produce una interacción entre tres subsistemas:

- La sustancia como elemento material,
- Una estructura y disposición subjetiva determinada,
- Una organización social.

Por su parte Touzé (2006) establece que el modelo considera el consumo de drogas como un proceso multidimensional en el que interjuegan la sustancia, los procesos individuales del sujeto y la organización social en la que se produce el vínculo de los dos elementos

anteriores, incluyendo las dimensiones política y cultural. En este sentido se analizan los factores de riesgo y de protección como condicionantes que pueden, aunque no necesariamente, incidir en el consumo. Por lo tanto, el modelo preventivo apunta a la interrelación dinámica entre las características individuales, las del entorno cercano (familia, grupo de pares, etc.) y las del entorno macro social (Fernández y Martínez, 2014,p.46).

2. Diferentes formas de abordaje del consumo de sustancias

Para abordar la temática, prevalecen durante desde fines del siglo XIX dos propuestas de intervención: las prohibicionistas de riesgo y daños.

2.1 Intervención Abstencionista-Prohibicionista

De acuerdo al Instituto de Investigación sobre Jóvenes, Violencia y Adicciones, (2015) la intervención está sustentada por los modelos ético-jurídico y médico-sanitario, pone especial énfasis en el objeto, en la sustancia psicoactiva (objeto prohibido) como causa del consumo o del padecimiento del sujeto y por ello se lo desintoxica de las sustancias, se saca el objeto de la adicción. La intervención se da en las comunidades terapéuticas, en el tratamiento se reconocen tres etapas 1)la desintoxicación, se puede realizar dependiendo el caso en un hospital, o un establecimiento con plan ambulatorio o residencial, 2) el tratamiento rehabilitación biopsicosocial, se realiza un diagnóstico de efectos y consecuencias del consumo problemático, se deciden los objetivos terapéuticos y 3)la fase de reinserción social, se realizan actividades orientadas al entrenamiento de habilidades que favorezcan la integración social de la persona normalizada.

En cuanto a las medidas preventivas, una de ellas está orientada a la publicidad de prevención, donde el eje central es la sustancia estableciendo que las mismas enferman, matan, algo ilegal e inhumano. Otra de las estrategias preventivas son las charlas informativas en las que se exponen y explican los efectos toxicológicos de cada droga, por ejemplo, las excitadoras y depresoras del sistema nervioso central, etc.

2.2 Reducción de riesgos y daños

La reducción de daños también conocida como reducción del riesgo o minimización de los daños, “es una política social, preventiva y asistencial de los daños potenciales relacionados con el uso de drogas. El objetivo prioritario es disminuir los efectos negativos producto del uso de las mismas” (Fernández y Martínez, 2014,p. 48).

Dejar de consumir no es una condición para el inicio del tratamiento. Por el contrario, se trata de orientar a la persona, que eventualmente no puede o no quiere dejar de consumir, para que pueda con la ayuda del profesional disminuir los riesgos que están vinculados con el consumo. Estos riesgos pueden ser: “(1) de la salud, como la transmisión de enfermedades; (2) sociales, por ejemplo, la estigmatización, la vulnerabilidad social; (3) legales, como la penalización por la tenencia de estupefacientes.” (Instituto de Investigación sobre Jóvenes, Violencia y Adicciones, 2015,p.7)

3. Reseña histórica del proceso de incorporación y consumo de las diferentes drogas en la República Argentina.

3.1 Primera etapa: (1960-1976): la marihuana entra en el mercado: es importante aclarar que en la antigüedad existían tradiciones ancestrales de consumo de cannabis sativa y sus derivados, hachís y marihuana en sociedades agrarias de Eurasia, África y el Caribe. Hacia finales de la década del 60 y principios de los 70, en varios países occidentales se expande el uso de drogas ilegales. En nuestro país, los nuevos patrones de consumo ilegales se asociaron prioritariamente a la marihuana (derivado del cáñamo) y a los alucinógenos. También comenzaba a surgir un incipiente consumo de drogas obtenidas en farmacias como barbitúricos y anfetaminas. Para muchos jóvenes fumar marihuana era un símbolo de rebeldía para sentirse diferentes al resto de la sociedad, el consumo se debía a ideales de cambiar la sociedad, poder construir algo diferente, rebelarse contra el sistema (Gamella et.al, 2003)

Segunda etapa (1976-1982) las drogas se convierten en un problema social: La imagen social del consumidor de drogas era la de un sujeto peligroso para la seguridad. El problema de las drogas se convertía en un problema social y político (Touzé, 2006), en su vigésimo período extraordinario de sesiones, la Asamblea General adoptó la Declaración Política de 1998 sobre el problema mundial de las drogas, en que se exhorta a los Estados Miembros a que informen cada dos años a la Comisión sobre sus esfuerzos por cumplir las metas y objetivos establecidos. Esta etapa se caracterizó por el consumo de fármacos, alucinógenos, derivados del opio, marihuana y sal de anfetamina. Es durante esta etapa que el consumo de drogas comienza a ser percibido como un grave problema social, tanto en Argentina como en Europa. Se asocia a las drogas con la delincuencia, marginalidad, violencia, inseguridad. De allí surge la urgencia de generar nuevas estrategias para abordar el problema, los tratamientos y su prevención. Se crean instituciones especializadas en la temática como el Servicio de Toxicomanía en el hospital Borda y el Centro de Prevención de la Toxicomanía (CEPRETOX) de la facultad de Medicina de la UBA.

Tercera etapa (1983-1991): la cocaína es “la reina” del consumo de drogas ilegales:

En esta etapa se produce un cambio sobre la figura del adicto, ya no es tenido como culpable o delincuente, sino que se le define como enfermo. La imagen social del usuario de drogas comenzó a distinguir entre el adicto enfermo y el traficante delincuente (Touzé, 2006). Las medidas gubernamentales que se tomaron referían a posturas abstencionistas y represivas, que demoniza a la sustancia. El consumo de drogas era potenciador de tendencias autodestructivas, desencadenante de actos suicidas y determinante de conductas promiscuas.

Con la vuelta de la democracia la cocaína se transformó en “la reina”, se consumía en todos los estratos sociales y ya dentro de una franja etaria más amplia. En esta etapa comienza a masificarse. Las medidas que se tomaron se centraron en la lucha contra el narcotráfico y en la prevención y la reducción de las consecuencias negativas del consumo.¹

1

<https://infanciayjuventudsc.files.wordpress.com/2011/05/2-periodizacic3b3n-del-consumo-de-drogas1.pdf>

Cuarta etapa (1992 – 2002): el fin de la exclusividad de las políticas abstencionistas:

Durante el gobierno del presidente Menem, se adoptó una política de drogas de “tolerancia cero”. A partir de la aplicación de la Ley 23.737 de tenencia y tráfico de estupefacientes sancionada en 1989, se produjo una alta demanda de tratamientos por derivación judicial que era acompañada por el financiamiento del estado mediante un sistema de becas y era obligatoria la cobertura por parte de las obras sociales para tratar la problemática (Touzé, 2006)

Quinta etapa (2002 hasta la actualidad): masificación del consumo de drogas:

En los últimos años se produce una intensificación y masificación del consumo de drogas legales entre los jóvenes, aumenta la medicalización de la vida cotidiana y se consolida la diferenciación que se llevó a cabo anteriormente entre dos perfiles muy marcados de consumidores de drogas: los jóvenes de sectores más vulnerables que tiene acceso a las drogas baratas y de mala calidad y los jóvenes de sectores sociales medios y altos que consumen drogas de síntesis, en ambos grupos se registra un crecimiento sostenido en los niveles de consumo.²

4. Análisis socio histórico de los programas de prevención a través de los enfoques de prevención, riesgo y promoción de la salud.

4.1 Prevención primaria, secundaria y terciaria.

Según la definición de Caplan (1980) citado en Camarotti y Touris (2017) la prevención puede ser primaria, secundaria y terciaria refiriéndose a interconexiones del sistema de salud y anteriores a la aparición de un daño o enfermedad, a la atención del mismo una vez que se ha instalado y a la recuperación a posteriori de su tratamiento.

La prevención primaria trata de evitar la aparición del problema también reduce su incidencia a partir del trabajo de los agentes de salud realizados en la comunidad. La prevención primaria puede ser específica o inespecífica. Especifica si está dirigida a evitar

²

<https://infanciayjuventudsc.files.wordpress.com/2011/05/2-periodizacic3b3n-del-consumo-de-drogas1.pdf>

una enfermedad o un grupo de enfermedades. Con la prevención inespecífica se intenta favorecer la integración social a partir de la participación de las personas en actividades relacionadas con mejorar su bienestar.

La prevención secundaria refiere al diagnóstico temprano con su debido tratamiento. Dentro de la prevención secundaria se encuentran los tratamientos psicológicos, las comunidades terapéuticas y los programas de mitigación del riesgo.

En la prevención terciaria lo que se busca ya es la rehabilitación y reinserción social luego de haberse declarado el diagnóstico. Se lleva a cabo mediante la terapia física, la ocupacional y la psicológica intentando que las personas afectadas debido al consumo de drogas logren sentirse útiles de nuevo mejorando su autoestima y logren proyectar su vida. Un ejemplo claro son los programas de reinserción social que llevan a cabo algunas comunidades terapéuticas. Cuando el consumo de sustancias no llega a ser abusivo o no generan dependencia y están fortalecidos los lazos afectivos y familiares no es necesaria la etapa de rehabilitación o de reinserción social.

Algunas críticas a este modelo, sostienen que sigue aún muy vinculado a una perspectiva biomédica, puesto que hace énfasis en los procesos patógenos, que sostiene una mirada sobre el problema que recae sobre el individuo responsabilizándolo por la situación y que circunscribe la promoción de la salud a un momento inicial (Camarotti y Touris, 2017).

4.2 Los programas de enfoque de riesgo y protección

Siguiendo con el trabajo realizado por Camarotti y Touris (2017) refiriéndose al enfoque de riesgo, surge a partir de lo desarrollado por los epidemiólogos y los médicos sanitarios, y se caracteriza por asociar ciertas vulnerabilidades de los grupos sociales con la noción de factor de riesgo, que puede ser definido como una circunstancia que aumenta la probabilidad de que se produzca un daño o resultado no deseado, como una enfermedad o un hábito como la drogadicción. Los factores de riesgo están asociados con la posibilidad de desarrollo de una enfermedad, pero no son suficientes para provocarla.

En cuanto a los factores protectores, se distinguen del enfoque anterior ya que permiten colocar el énfasis en la promoción de la salud más que en la prevención de

posibles daños. Los factores protectores promueven el logro o mantenimiento de la salud y pueden encontrarse en las personas mismas, en las características de los ambientes donde se desenvuelven los individuos (familia, escuela, etc.) y/o en las instituciones más amplias de la comunidad (educación, trabajo, vivienda, etc.).

Las críticas que se realizan a este enfoque tienen que ver con que se dice que contribuyó a la elaboración de determinadas racionalidades, estrategias y subjetividades, siendo básicas en la regulación y control de individuos, grupos sociales e instituciones (Lupton, 1999 en Camarotti y Touris, 2017). El desarrollo de los estudios de riesgo estuvo vinculado a un proceso cultural constructor de un hombre individualista, que se enfrentó a la necesidad de lidiar con las fuerzas fragmentadoras de la naturaleza y de la sociedad por medio de la lógica del orden y de la protección, al paso que contribuyó poco en la madurez de las relaciones con lo ajeno mediante el fortalecimiento de su vitalidad y autonomía (Czeresnia, 1997 en Camarotti y Touris, 2017).

4.3 El enfoque de Promoción de la Salud.

En el paradigma de la promoción de la salud se busca vincular a los actores con sus entornos y lograr la movilización comunitaria, promoviendo la participación activa de la población. Este enfoque se basa en una perspectiva de trabajo intersectorial, de acción coordinada de todos los implicados, como gobiernos, sectores sanitarios, sociedad civil y medios de comunicación. En síntesis, la promoción de la salud es definida de un modo más amplio, ya que apunta a mejorar la salud en general y la calidad de vida a través de acciones orientadas a modificar los condicionantes de la salud (Restrepo y Málaga, 2001 en Camarotti y Touris, 2017).

La promoción de la salud se encuadra en tres modelos básicos (Kornblit y Mendes Diz, 2004 en Camarotti y Touris, 2017). El informativo, en el que se brindan datos; el de empoderamiento, que tiene como fin de animar las capacidades de las personas para actuar sobre las circunstancias permitiéndoles identificar las posibles elecciones que pueden llevar adelante, y por último, el comunitario, que concibe la salud en base a los cambios comunitarios alcanzados a partir de la acción colectiva. Es importante resaltar que para que se den los resultados esperados con la implementación del enfoque se debe trabajar con los

tres modelos a la vez. Es indispensable para la modificación de las prácticas, las actitudes y las creencias, que los sujetos participen en el proceso de aprendizaje.

Cuadro 1: Diferencia entre los enfoques de prevención y promoción.

Categorías	Prevención de Enfermedades	Promoción de la Salud
Concepto de Salud	Ausencia de enfermedad	Positivo y multidimensional
Modelo de intervención	Médico	Participativo
Población objetivo	Grupos poblacionales de alto riesgo	Toda la población
Estrategias	Únicas	Diversas y complementarias
Abordajes	Directivos y persuasivos	Sensibilización y capacitación
Objetivos de los Programas	Se enfocan en cambios individuales	Cambios en la situación de los individuos, los grupos y los ambientes
Ejecutores de los programas	Profesionales de la salud	Movimientos sociales, municipios, entidades regionales y nacionales, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones de base, grupos religiosos, Comisiones barriales.

Fuente: adaptado de Statchenko y Jenick (1990) en Camarotti y Touris (2017).

4.4 Respuestas socio-sanitarias al consumo de drogas

Debido a la complejidad que asume el abuso de sustancias y los diversos contextos en donde se manifiestan, los mismos requieren diversas intervenciones que partan de modos complementarios entre las diferentes respuestas que se brindan y que compartan la preocupación por lograr un sistema integral de atención que nucleee las diversas respuestas que se ofrecen. Cabe destacar que la heterogeneidad existente en las respuestas socio-sanitarias genera dificultades a la hora de encontrar criterios de clasificación de los dispositivos. En este sentido nos pareció oportuno establecer la clasificación a partir de los objetivos de alto o bajo umbral que el programa se proponga. (Camarotti y Touris, 2017)

Cuadro 2: Respuestas socio-sanitarias a los abusos de sustancias organizadas según los objetivos que se proponen.

Objetivos	Con abordaje comunitario	Sin abordaje comunitario
Umbral bajo	✓ Programas con estrategias motivacionales, mitigación de riesgos y consecuencias adversas del consumo de drogas	✓ Entrevista motivacional ✓ Intervenciones breves. ✓ Algunos abordajes psicoterapéuticos
Umbral alto	✓ Algunas comunidades terapéuticas ✓ Tratamiento en	✓ La mayoría de las comunidades terapéuticas ✓ Algunos abordajes

	programa de monitorización médica.	psicoterapéuticos
	✓ Narcóticos y Alcohólicos anónimos	✓ Hospital de día y de noche ✓ Programas de desintoxicación

Fuente: Camarotti y Touris (2017)

Los programas de umbral bajo son aquellos que tienen entre sus objetivos principales realizar una efectiva estrategia motivacional, con entrevista motivacional incorporada, mitigar las consecuencias negativas que el consumo de drogas problemático puede acarrear tanto para el individuo como para los grupos sociales, y en lo posible dejarlos en condiciones de comenzar un tratamiento estructurado. A través de estos programas no se busca que los sujetos dejen de consumir sustancias sino, promover una mejora motivacional en sus vidas.

Están dirigidas generalmente a personas que no están del todo motivadas a cambiar y a dejar de consumir drogas, y que se encuentran atravesando diversos tratamientos y también presentan importante deterioro físico y/o psíquico, problemas de marginalidad, falta de apoyo social, dificultades para cumplir normas. Con estos programas se puede lograr apuntar a otros de umbral alto, siendo un puente entre ambos.

Los programas de umbral alto son aquellos que enfocan la posibilidad de un desarrollo integral de la persona que consume basado en su abstinencia al consumo de drogas. Están destinados a individuos con situaciones de abuso de sustancias y motivadas a un proceso de cambio, en las que la situación de consumo se refleja a simple vista como va afectando notoriamente su vida y su entorno. En los tratamientos de alto umbral se encuentran todos aquellos programas diseñados para consumidores que tienen un abuso de sustancias, con distinto grado de severidad y distinto compromiso bio-psico-social, además de las distintas poblaciones (hombres adultos, mujeres adultas, adolescentes con enfoque de género, personas en situación de calle, infractores de ley penal, etc.). Estos programas se implementan en distintos dispositivos terapéuticos, privados y públicos, en modalidad

ambulatoria y residencial, con monitorización psiquiátrica permanente y otras periódicas. (Camarotti y Touris, 2017).

4.5 La necesidad de un abordaje comunitario basado en la integralidad

A partir de lo expresado con anterioridad, se parte del supuesto que el consumo de drogas es un hecho complejo y que no es factible que sea abordado de forma aislada a los contextos sociales y emocionales del individuo. Para ello se requiere de respuestas creativas y flexibles que contemplen una mirada transdisciplinaria y multisectorial, en la que converjan tanto las perspectivas económicas, sociales, psicológicas, culturales y médicas de abordaje teórico y práctico, como las provenientes de experiencias y lecciones aprendidas.

Es por ello que se necesitan respuestas realizadas en la proximidad de los entornos sociales en los que ocurren los problemas a fin de generar un acercamiento a los escenarios y situaciones que los motivan para ser capaces de realizar un abordaje de fondo. Un tratamiento integral comunitario debe partir de que el significado asociado a las drogas está determinado no solo por sus propiedades farmacológicas, sino también por la forma en que una sociedad define el consumo de las mismas y por las estrategias preventivas y de intervención que utiliza.

El lugar que estas prácticas tienen en la historia y el tratamiento de los grupos sociales y el modo en que se imbrican con los afectos, las emociones y las experiencias de dolor y goce, así como también, las desigualdades, la falta de oportunidades, la marginación, las vulnerabilidades, la pobreza, el desempleo, el abandono escolar, la discriminación, el analfabetismo, la estigmatización que sufren quienes consumen drogas independientemente del nivel socio-económico en que se encuentran y la carencia de una vivienda digna, deben considerarse factores causantes de la aparición masiva de los consumos abusivos de drogas. Se trata de un modelo menos instalado en la sociedad actual, por lo que no es tan usual encontrar explicaciones del abuso de drogas que tengan en cuenta estos aspectos. Se privilegian en él los significados que los sujetos otorgan a las prácticas de riesgo y cuidado a partir de su pertenencia a determinados contextos socio-culturales. (Camarotti y Touris, 2017)

El modelo integral basado en lo comunitario propuesto por dichas autoras posee sus antecedentes comenzando por un recorrido que se sitúa desde las últimas décadas del siglo XX y hasta la actualidad, en donde se vienen desarrollando experiencias de intervención y abordajes que buscan relacionar los aspectos de la salud con dimensiones estructurales y experiencias subjetivas contraponiéndose con lo que se definió como modelo médico hegemónico. Es por ello que se expresa que el modelo basado en un abordaje comunitario busca profundizar el paradigma que se ha iniciado desde las ciencias sociales, la salud colectiva, la medicina social y la promoción de la salud integrando estas perspectivas de trabajo, pero enfatizando el eje de trabajo en la dimensión comunitaria.

En la esfera del tratamiento del abuso de drogas se recomienda elaborar vías de atención integral por diversas razones:

- Las personas que transitan el abuso de sustancias pueden tener dificultades de diversa índole que exijan una coordinación eficaz del tratamiento.
- Los resultados del tratamiento y la rehabilitación pueden ser óptimos si participan varios organismos de atención general y especializada.
- Una persona puede necesitar atención continuada que exija remitir a otro nivel de servicio con el tiempo.

4.6 Consumo problemático de sustancias

El abuso de sustancias es entendido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como el resultado de la prolongación en el uso de sustancias perjudiciales para la salud. En este sentido, Graciela Touzé sostiene que existen diferentes formas de vincularse con las drogas, y cualesquiera de ellas puede provocar daños a las personas si se constituyen en un uso problemático, definido como aquel que afecta negativamente, en forma ocasional o crónica, uno o más aspectos de la vida de una persona. Tanto en su salud física o mental; sus relaciones sociales primarias de familia, pareja, amigos; en sus relaciones sociales secundarias de trabajo o estudio y en sus vínculos con la ley (Touze, 2010).

En esta línea, la autora considera al consumo especialmente problemático el hecho de haber perdido el control de sí mismo o el haber incurrido en prácticas de riesgo para sí o para los demás bajo los efectos de una sustancia (por ejemplo conducir un vehículo después de haber tomado alcohol o haber consumido otra droga).

En este marco, la OPS define a las sustancias psicoactivas como diversos compuestos naturales o sintéticos los cuales actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones y complicaciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y el comportamiento.

Sobre las regulaciones que existen sobre las mismas, se dan mediante el control y fiscalización del uso de estas sustancias, como, por ejemplo, para uso recreativo, como el alcohol o el tabaco, para uso farmacológico, como los tranquilizantes o analgésicos opiáceos, o de uso general, como los solventes industriales. Los que se consideran ilícitos como es el caso de la cocaína y sus derivados, y su uso sólo está autorizado con fines médicos o investigativos.

En este marco, existe una clasificación social de sustancias que se da en un tiempo socio histórico determinado.

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 marihuana, el paco, el éxtasis, la cocaína, el LSD, entre otras.

En general existen factores predisponentes y factores desencadenantes. No es posible hablar de “un motivo” de este tipo de consumo problemático, sino que suelen incidir una multiplicidad de factores. Entre los factores que predisponen a la adicción, podemos mencionar algunos, tales como:

Factores sociales: indiferencia institucional, ausencia de proyectos, falta de compromiso, descreimiento.

Factores familiares: dificultades para comunicarse, ausencia de pautas y límites claros, falta de momentos para compartir, poca contención.

Factores individuales: estructura psicobiológica de cada individuo.

El interjuego de los factores sociales, familiares e individuales puede predisponer para la emergencia de prácticas adictivas, pero en general es necesaria, además, la aparición de alguna situación de crisis, de un “factor desencadenante”. Estas situaciones críticas pueden ser diversas: frustraciones, problemas, carencias afectivas, crisis evolutivas, pérdida del trabajo, mudanza, pérdida de un familiar, de un amigo, de la pareja, fracaso escolar, 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.

4.1 Las consecuencias que pueden acarrear el uso de sustancias

Según la OPS, el uso de sustancias psicoactivas siempre puede implicar un riesgo de sufrir consecuencias adversas sobre todas las áreas de la vida del individuo que hace uso de las mismas. Dichas consecuencias pueden manifestarse a corto plazo como, por ejemplo, intoxicaciones, favoreciendo la posibilidad de sufrir lesiones por accidentes, agresiones y conductas sexuales en condiciones inseguras. El uso repetido y prolongado en el tiempo de estas sustancias promueve el desarrollo de trastornos por dependencia, que son trastornos crónicos y recurrentes, caracterizados por necesidad intensa de la sustancia y pérdida de la capacidad de controlar su consumo, a pesar de consecuencias adversas en el

estado de salud o en el funcionamiento interpersonal, familiar, académico, laboral o legal. Siguiendo al informe presentado por el organismo las consecuencias que se pueden presentar luego del uso y abuso de sustancias son las siguientes:

- Trastornos causados por el uso de drogas que son una pesada carga tanto para los individuos como para la comunidad en general. Se produce una posible dependencia, discapacidad y problemas crónicos de salud.
- Las consecuencias sociales que producen el uso perjudicial o dependencia de drogas afectan al usuario y a todo su círculo familiar y sus relaciones personales
- Es importante resaltar que los problemas causados por las drogas y su dependencia pueden ser prevenibles y tratables. Si se detecta con anticipación el uso riesgoso de drogas puede ser reducido o restringido mediante tratamientos e intervenciones breves, antes de que los usuarios se vuelvan dependientes.
- En cuanto a las drogas ilegales, las mismas son usadas con más frecuencia en los países de ingresos altos de las Américas, sin embargo, las consecuencias de la dependencia de drogas para la salud se reflejan en los países de ingresos bajos y medios, donde las personas tienen menos acceso a la atención de salud.

Las recomendaciones que brinda la OPS sobre el tratamiento y la intervención de los organismos tiene que ver con reconocer que el daño asociado al uso de sustancias psicoactivas, a corto o a largo plazo, depende de varios factores que se asocian conformando una conjunción con sus respectivas consecuencias, donde todo depende del tipo de sustancia y la forma de consumo, las características personales, físicas y psicológicas del individuo y del contexto social en el que se produce el consumo y al que pertenece.

En cuanto al tratamiento, existen numerosas intervenciones con base en la evidencia científica favorables para la reducción y prevención que permiten la recuperación en un determinado tiempo. Para que ello se lleve a cabo, el tratamiento debe ser accesible, sobre todo en los sectores más vulnerables, atendiendo a sus necesidades específicas mediante un

enfoque integral adecuado a las necesidades de las personas en concordancia con los derechos humanos.

CAPÍTULO II

Marco legal del consumo de sustancias

1.1 Marco legal del consumo de sustancias

Para abordar el consumo de sustancia desde el punto de vista jurídico y penal, se realiza un recorrido por las regulaciones y normativas que han ido marcando también los diversos abordajes que se han ido desarrollando en relación al consumo. Recordemos, que este último hace alusión al vínculo que se establece entre el sujeto y determinada sustancia.

En relación al consumo de drogas específicamente, las legislaciones siempre giraron en torno a la penalización. Se registra en el año 1924 la incorporación en la Ley 11309 de los términos “narcóticos” y “alcaloides”, como así también, estipula en su art. 204 la sanción de las conductas de venta, entrega o suministro de alcaloides o narcóticos sin receta médica, con pena de entre 6 meses y 2 años. Dos años después la ley 11331 considera delito la tenencia ilegítima de narcóticos o alcaloides. Con penas de entre 6 meses a 2 años. Definido como el que, no estando autorizado, tenga en su poder drogas y no justifique la razón legítima de su posesión o tenencia (Lorenzo, 2019,p.21).

En el año 1968 la reformulación del Código Penal decreta la Ley 17.567 y se incorpora el término “estupefacientes”. Se penaban distintas condiciones de tráfico o tenencia, introduciendo una cláusula que dejaba fuera de su régimen a quien tuviera en su poder estupefacientes o materias destinadas a su preparación en cantidades que no excedieran de las que corresponden a un uso personal. También se aumenta la pena de hasta 6 años.

En 1973 se deroga la Ley 17.567 y se vuelve a la Ley 11.331. Un año después en 1974 la Ley 20.771 vuelve a penar la tenencia para consumo personal, y enumera distintas situaciones de tráfico, se aumentan las penas (3-12 años). Se discrimina la tenencia ilegítima con penas de 1 a 6 años, incluyendo tenencia personal. Además, introdujo la

posibilidad de imponer junto a la pena una “medida de seguridad curativa” (tratamiento compulsivo) a las personas dependientes (Lorenzo, 2019,p.21).

La actual Ley 23.737 de Estupefacientes, sancionada en el año 1989 reemplaza a la ley 20.771. En su art. 14 sanciona la tenencia de estupefacientes y en el art. 17 y 18 prevé que, en los casos en que la tenencia sea para consumo personal y el encausado dependiera psíquica o físicamente del estupefaciente, el juez podrá aplicar a éste un tratamiento curativo para su desintoxicación y rehabilitación, con su consentimiento y dejando en suspenso el proceso, por el tiempo que requiera el tratamiento.

1.2 Marco legal salud mental

La salud pública del país en un principio tenía como único fin la recuperación de los sujetos que padecían alguna problemática de salud mental, en ese sentido la primera ley de Salud mental en el país fue la promulgada en el año 1983 Ley 22914 denominada Ley de Salud Pública personas con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos crónicos.

Es a fines del siglo XX, que se comienza a desarrollar diversas concepciones en torno al campo de la salud mental, las cuales planteaban distintas alternativas a los manicomios y a la cultura manicomial, la cual no sólo resultaba insuficiente, sino que fracasaba y dañaba (Fernández y Martínez, 2014,p.69), el maltrato inhumano que recibían los sujetos en esos lugares comienza a ser visto como una violación a los derechos humanos. En ese sentido se empiezan a gestar acuerdos, declaraciones y recomendaciones internacionales tendientes a la protección de los derechos de las personas con padecimientos mentales.

Es así, que en el año 2010 el Congreso Nacional aprueba la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental. Dicha ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional (Ley 26.657, Art.1). Por otro lado, en su art.3 reconoce 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 de toda persona. La misma ley establece en su art. 4 que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud. Sobre la creación de la Ley, Lorenzo (2019) sostiene “La ley de Salud Mental dio lugar para dejar de creer que hay que penalizar el consumo para avanzar en estrategias para regular el consumo, priorizar la asistencia y la prevención de consumidores “(Lorenzo, 2019,p.28).

Ahora bien, en relación al consumo problemático en el año 2014 se sanciona la Ley 26.934. Sin embargo, cabe aclarar que la misma aún no se encuentra reglamentada.

Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos (PLAN IACOP). En su art. 2, define lo que entiende por consumo problemático. “A los efectos de la presente ley, se entiende por Consumos Problemáticos 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” (Ley 26.934, art.2).

Dicha ley ve a los consumidores de drogas como sujetos de derechos y propone entre otras cosas adoptar el modelo de reducción de daños (Ley 26.934art.10).

Tal como se menciona en el art. 3 de la ley, los objetivos del plan IACOP son:

- “a) Prevenir los consumos problemáticos desde un abordaje intersectorial mediante la actuación directa del Estado;
- b) Asegurar la asistencia sanitaria integral gratuita a los sujetos afectados por algún consumo problemático;
- c) Integrar y amparar socialmente a los sujetos de algún consumo problemático.”

Así mismo, en su art. 5 establece la creación de Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos, con la creación de los Centros se promueve en la población, instancias de desarrollo personal y comunitario, enfatizando las acciones en aquellos sectores con mayores niveles de vulnerabilidad. Los mismos deberán estar abiertos a la comunidad en un horario amplio, procurando tener abierto el espacio en horarios nocturnos.

Una de las funciones específicas de dichos centros comunitarios será según el art.7:

- a) recibir en el centro a toda persona que se acerque y brindarle información acerca de las herramientas de asistencia sanitaria, los centros de salud disponibles, los planes de inclusión laboral y educativa que forman parte del Plan IACOP y facilitar el acceso de los/as ciudadanos/as afectados/as a los mismos;
- b) Recorrer el territorio en el cual el centro se encuentra inmerso a fin de acercar a la comunidad la información mencionada en el inciso a);
- c) Promover la integración de personas vulnerables a los consumos problemáticos en eventos sociales, culturales o deportivos con el fin de prevenir consumos problemáticos, como así también organizar esos eventos en el caso en que no los hubiera;
- d) Interactuar con las escuelas y clubes de la zona para llevar al ámbito educativo y social charlas informativas sobre las herramientas preventivas y de inclusión del Plan IACOP;
- e) Vincularse y armar estrategias con instituciones públicas y ONG de las comunidades para fomentar actividades e instancias de participación y desarrollo;
- f) Cualquier otra actividad que tenga como objetivo la prevención de los consumos problemáticos en los territorios.

CAPÍTULO III

La Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la República Argentina (Sedronar) tiene como misión principal coordinar integralmente las políticas públicas nacionales en materia de prevención y tratamiento de los consumos problemáticos de drogas. En este sentido, Sedronar asume al consumo de drogas como una problemática social que debe ser abordada desde una mirada integral, junto con organismos nacionales, provinciales, comunales y de la sociedad civil. Sus acciones se llevan adelante a partir de un trabajo en red en territorio, fomentando procesos de inclusión y de fortalecimiento del entramado social.

3. El concepto de dispositivo

Para entender el concepto de Dispositivo, se tomará la idea de dispositivo de Michel Foucault, no sólo desde una praxis sino desde el discurso político e ideología que desencadenan prácticas.

Si bien, el concepto de dispositivo ha sido ampliamente tratado por autores como Deleuze, Agamben y Hardt y Negri. Todos ellos son herederos directos de la reflexión de Michel Foucault sobre este concepto, y más allá de sus diferencias y aportes particulares a la discusión, en general mantienen la intuición original del filósofo de Poitiers: el dispositivo es una red que no puede ser entendida meramente como un discurso, una cosa, o una manera de ser (sujeto), sino como la articulación que se establece entre éstos.

En esta línea, Foucault, sostiene que la política pública y la intervención social ponen en movimiento dispositivos que son formas de ver y de reconstrucción de los sujetos que devienen en prácticas particulares.

En este marco, define a los dispositivos como articulaciones discursivas que surgen del cruce entre el saber científico y el poder político. En el primer caso, lo considera una red de conceptos que consiste en una articulación, heterogénea y de distintos niveles de complejidad. Además del entramado conceptual, el dispositivo también produce un conjunto de prácticas propias del orden del discurso. De esta forma, los dispositivos en

políticas sociales y en la intervención social son entramados conceptuales o semánticos que producen formas de hacer, prácticas y estructuras. Sin embargo, los dispositivos son también herramientas teóricas y metodológicas, pues permiten el trabajo de deconstrucción, que entre otras cosas hace saltar el mito de lo dado y la cosificación de los discursos y las prácticas. En otras palabras, la reconstrucción o deconstrucción de los dispositivos permite desmontar las estructuras discursivas que establecen formas de poder. Solo como ejemplo, piénsese en el sistema patriarcal estudiado por Guzmán y Pérez en *La teoría de género y su principio de demarcación científica*) o en el racismo que es investigado por Alvarado y Fernández en *Una narración fundacional para una antropología filosófica chilena: Raza Chilena* de Nicolás Palacios.

Desde el orden de lo punitivo, Foucault señala la noción de Vigilar y Castigar, describiendo los suplicios a los que era sometido un condenado en el siglo XVIII. Estos dispositivos se constituyen como configuraciones disciplinares que abren posibilidades de observación (Foucault 2007,p.86).

Por lo tanto, la forma de enunciación de un discurso implica la manera en que se configuran los sistemas conceptuales y de elección de teorías. Y esto a su vez determina las configuraciones de las disciplinas, que desde sus diversos puntos de observación elaboran sus objetos y sus prácticas.

El concepto de dispositivo también se puede comprender considerando lo que quiere decir Foucault con los límites del mundo. Estos se definen como el espacio donde los seres humanos habitan. Sin embargo, eso no significa que tengan que ver con una delimitación geográfica o territorial. De lo que se trata es de una estructura compuesta por creencias sobre el mundo que abre el campo de lo visible, lo pensable y lo comunicable. Para Foucault son las formaciones discursivas las que articulan el dispositivo, no solo el mundo físico y natural, sino también el mundo humano de los significados y las relaciones sociales. (Foucault 2006,p.53). Consecuentemente, estos significados y relaciones sociales se naturalizan, como por ejemplo, ser pobre, joven y adicto deviene casi naturalmente en ser persona problemática y en riesgo.

Caminos de transformación

Teniendo en cuenta el concepto de dispositivo de Foucault y la mirada de la nueva ley de salud mental que se fue construyendo a través de profundos debates en el área de abordaje de consumos de sustancias, cabe mencionar los dispositivos que fueron surgiendo en nuestro país.

En este marco y en un contexto de cambios políticos e ideológicos la secretaría de programación para la prevención de la drogadicción y lucha contra el narcotráfico (SEDRONAR) unificó las tareas de prevención y asistencia para el consumo problemático de sustancias en centros de todo el país a través del programa “Dispositivos integrales de abordaje territorial” (DIAT), según boletín oficial.

“Los DIAT son centros preventivos asistenciales gratuitos, de abordaje integral ambulatorio y cuya gestión se encuentra a cargo de asociaciones civiles, organizaciones no gubernamentales, municipios o provincias dirigida a personas sin cobertura médica en situación de vulnerabilidad frente a las problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias”. (Resolución 150-E/2017).

3.1 Dispositivo Integral De Abordaje Territorial (DIAT)

Estos dispositivos entienden al consumo de sustancias psicoactivas como un fenómeno social complejo, por lo que el abordaje debe ser integral atendiendo tanto la perspectiva individual como comunitaria. De este modo, considerar el uso de sustancias como un hecho social, estimando que no existe una única causa a la que pueda adjudicarse el consumo de sustancias psicoactivas y las predisposiciones personales (biológicas, genéticas y psicológicas) como el contexto socio-cultural y ambiental, se reconocen como factores concurrentes y necesarios para su desarrollo.

A su vez considera que el abordaje integral a las personas debe ser específica, acorde a la singularidad de sus ideas y proyectos, permitiendo la continuidad y el fortalecimiento de las redes afectivas, familiares, laborales y educativas, entre otras. Uno de los instrumentos esenciales que determinarán el éxito del proceso de atención es ejercer una escucha activa y comprometida, despojada de todo prejuicio y preconceito.

Las actividades que allí se realizan están orientadas a la atención primaria de la salud mediante estrategias de abordaje psicosocial, educativo, cultural, recreativo y laboral. A tal fin se implementarán programas de prevención tanto a nivel personal como en el ámbito familiar y comunitario (acorde con las realidades regionales), que impliquen una circulación por redes institucionales e intersubjetivas, involucrando actores locales, referentes territoriales, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

Los dispositivos se distribuyen en distintos puntos del país, y cuentan con un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y personal capacitado en diversas áreas, que trabajan en el territorio.

Asimismo entienden sobre las particularidades locales de cada comunidad a los fines de identificar y reforzar los recursos disponibles y minimizar los factores de vulnerabilidad.

Los DIAT tienen como objetivo general implementar dispositivos unificados que brinden un abordaje territorial uniforme e integral conjunto, en lo inherente tanto a estrategias como áreas de intervención, con equipos técnicos profesionalizados de composición interdisciplinaria, optimizando la disponibilidad de recursos presupuestarios y humanos.

Así mismo, como objetivos específicos plantea planificar y establecer estrategias integrales de abordaje para la prevención del consumo de sustancia psicoactivas, en términos asistenciales y comunitarios. A su vez, promover en la población instancias de desarrollo personal y social, con énfasis en aquellos sectores con mayor vulnerabilidad, Brindar información, orientación y acompañamiento a toda persona que concurra al DIAT. Promover la participación de personas en situación de vulnerabilidad ante el consumo de sustancias psicoactivas en talleres, eventos y actividades sociales, culturales, deportivas, recreativas o formativas, como estrategia preventiva para un proyecto de vida saludable. Como así también, acompañar en estrategias que promuevan la formación educativa y la capacitación, a los fines de favorecer el desarrollo de habilidades laborales. Los DIAT también tienen como objetivo promover la participación de las familias y de la sociedad en general, en las distintas actividades ofrecidas en el dispositivo. Potenciando el reconocimiento de las personas como sujetos de derecho e incentivando el goce y ejercicio de los mismos.

. Caracterización de los Dispositivos Integrales de Abordaje Territorial

1.1. Abordaje territorial

- Establecer un programa de carácter federal a los fines de facilitar la accesibilidad a los DIAT.
- Promover un abordaje activo, integral y dinámico, recorriendo el territorio y saliendo al encuentro de la comunidad, a los fines de identificar situaciones de riesgo y poder establecer una relación directa con las personas en su contexto.

1.2. Promoción y Prevención

- Potenciar el desarrollo personal mediante el fortalecimiento del autocuidado, autovaloración y autonomía, brindando para ello espacios de reflexión, aprendizaje, contención y acompañamiento.
- Promover la participación activa de la sociedad, las familias y las personas, en el conocimiento de los factores que contribuyen al inicio y desarrollo del consumo, sus consecuencias como así también sobre los recursos disponibles para su abordaje.

1.3. Asistencia

- Brindar atención ambulatoria esencial, integral e interdisciplinaria accesible para los individuos y las familias de la comunidad.
- Fomentar la asistencia sostenida en el tiempo, a través de redes, tanto a nivel individual como social, procurando la colaboración activa de los diferentes actores, para la modificación de las actitudes y los comportamientos frente al consumo.
- Favorecer la inserción laboral y educativa de las personas, en forma articulada con otros sectores y/o instituciones.

2. Equipos

Los equipos serán interdisciplinarios e intersectoriales, conformados por profesionales, técnicos y personal capacitado, que acompañarán y asistirán a las personas de acuerdo a las necesidades singulares y comunitarias. Cada equipo deberá obtener el asentimiento de la SEDRONAR, quien además establecerá objetivos específicos, indicadores de seguimiento,

evaluación de las intervenciones propuestas y herramientas metodológicas de sistematización del trabajo.

3. Días y horarios

Los días y horarios de los DIAT serán acordes a la demanda y posibilidades territoriales procurando una amplia disponibilidad.

4. Población objeto

Se orientan hacia personas en situación de vulnerabilidad social frente a situaciones relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, adaptándose a las características y necesidades de la localidad donde se ubiquen.

3.2 El Centro Varelense de Rehabilitación Social (CEVARESO)

Cevareso nace en el año 1887 y hace 34 años que se encuentra en el distrito de Florencio Varela, este dispositivo surge cuando empieza a deslumbrar esta problemática en el distrito y que en realidad no había respuesta y se hacía un abordaje desde las ONG y las iglesia que eran más que un grupo de auto ayuda que profesional. Cuando se empieza ver esta necesidad se crea Cevareso que de hecho sale de Cenareso (centro nacional de rehabilitación social) que es lo que ya existía. CEVARESO, depende de la secretaria de salud de la municipalidad de Florencio Varela.

El centro Varelense funciona como Centro de Día, donde las personas reciben su tratamiento y contención para salir de su dependencia a la sustancia.

Para ello, se ofrecen talleres de capacitación y de recreación donde se apunta a la adopción de normas y pautas de convivencia y también se trabaja sobre la revalorización del proyecto de vida, entre otras pautas.

Estas acciones se realizan con el objetivo de lograr su pronta recuperación, que les va a permitir tener más inclusión en la vida social y reconstruir vínculos con su familia.

Es importante destacar que, en esta institución, una vez que se recibe la demanda de tratamiento, la red del paciente inicia el proceso en un grupo de orientación donde se trabaja con las primeras pautas de cuidado y se hace una primera evaluación del caso para otorgarles una entrevista con uno de los profesionales que están a cargo de los diferentes dispositivos de atención con los que cuenta la institución.

Cevareso cuenta con un tratamiento ambulatorio, trabaja con abstinencia y no con reducción de daño, la internación es la última opción. Este dispositivo articula permanentemente con Sedronar, donde deriva todas las internaciones en los centros de salud o CT, a pacientes de dieciocho años en adelante. No obstante, menores de diecisiete trabajan con el servicio local y con el servicio zonal. También, Cevareso articula con el Hospital Evita Pueblo de Berazategui y Hospital Mi Pueblo de Florencio Varela. A su vez, trabaja de una forma paralela con las familias de las personas que vienen al Centro Varelese..

La institución cuenta con distintos horarios y grupos donde se trabaja con las personas. la institución trabaja diferentes modalidades:

- Modalidad GANA: que son los pacientes de 13 a 23 años.
- Modalidad adulto: que son los pacientes de 24 años en adelante.

. En relación al abordaje con pacientes que presentan alguna patología psiquiátrica, la institución permite el ingreso de personas que estén medicadas y compensadas y se los atiende de forma individual.

El equipo del Centro Cevareso, está conformado por operadores socio terapéuticos, psicólogos y administrativos. La institución trabaja con instituciones barriales, con organizaciones no gubernamentales, gubernamentales y con todos aquellos que los convocan. Clubes de fútbol, comedores, bibliotecas, escuelas. Es así, que trabaja de una forma interdisciplinaria e intersectorial, articulando con salud, Desarrollo Social, Género, Niñez, etc.

3.3 Comunidades terapéuticas

Caracterizar la modalidad de la Comunidad Terapéutica (CT) implica todo un desafío, desde las primeras experiencias hasta las actuales. Este proceso ha generado que actualmente se listan bajo la categoría de CT un híbrido de modelos y métodos: las hay más o menos religiosas, las hay laicas, las hay más o menos jerárquicas, hay las que aceptan pacientes “duales”, usuarios de drogas con patologías psiquiátricas y las que no; las que en su criterio de admisión figuran las derivaciones judiciales y las que no; las que trabajan con ambos sexos o sólo con uno; las “abiertas” y las “cerradas” –que contienen y/o retienen edilicia y normativamente a la población bajo tratamiento-, etc.

Ante esta situación, y a riesgo de perder la especificidad misma de lo que se reconoce como modalidad de CT, los teóricos han reparado en la necesidad de estipular los rasgos esenciales de la “teoría, modelo y método” (De León, G., 2004) de las CTs tradicionales. De acuerdo a esta perspectiva, se contaría así con un modelo “base” de intervención que serviría para “aprovechar todo el potencial de la CT, adaptarlo a las situaciones cambiantes y a las nuevas demandas sin perder, en este intento, sus rasgos originales o el bagaje de experiencia acumulado por la CT tradicional” (De León, G. 2004).

El modelo y el método de la Comunidad Terapéutica derivan y cambian de las experiencias de ensayo y error.

Las comunidades terapéuticas son definidas como “ambientes residenciales para el tratamiento del abuso de drogas”, cuyo objetivo esencial reside en “ayudar a los residentes a construir de forma racional un proyecto de vida alternativo” (Comas Arnau, D., 2008)

Para el logro de tales objetivos, la metodología de las CT se apoyan en una serie de métodos y normativas, todas consideradas con contenido terapéutico como las siguientes:

- Ingreso voluntario, y modalidad “abierta”. Se fundamenta en que cada residente debe expresar su propia voluntad a realizar el tratamiento como condición de efectividad del mismo. La modalidad abierta reside en que la CT no busca “retener”

a los residentes, sino que por el contrario, apela a que quienes realicen el tratamiento decidan quedarse voluntariamente. La abstinencia como condición para realizar el tratamiento. Se fundamenta en la imposibilidad de realizar un tratamiento “bajo consumo de drogas”.

- La disposición de un “régimen diario”, una “estructura” con normas explícitas de convivencia. Se fundamenta en la necesidad de adopción de una estructura fijada en horarios y tareas rutinarias que permita a los “residentes” “interiorizar pautas” y un “ordenamiento” en la vida diaria
- Equipo técnico multidisciplinar, compuesto por profesionales y operadores terapéuticos. Se fundamenta en la valorización de los aportes terapéuticos que pueden hacer tanto el equipo “profesional” como el operativo, en general integrado por “ex adictos” y fundamentado principalmente en sus experiencias y su posibilidad de generar empatía.

La organización del tratamiento en fases evolutivas. Se fundamenta en la necesidad de marcar avances en el tratamiento a partir de la incorporación paulatina de objetivos terapéuticos (que incluyen la adopción de progresivos “roles” y “responsabilidades”; el aprendizaje de normas y herramientas terapéuticas; la aceptación de límites; la implicación subjetiva en el tratamiento; la participación en los espacios grupales; el aprendizaje y la asimilación de nuevas actitudes, comportamientos y responsabilidades pro-sociales)

La utilización de técnicas terapéuticas centradas en la “confrontación” y la “presión positiva entre iguales”. La disposición de premios y castigos. Se fundamenta en el criterio de responsabilización de los “residentes” en su tratamiento.

Origen y desarrollo

Algunos de los elementos claves que marcaron el camino para el surgimiento de las CT fueron los cambios que comenzaron a delinearse respecto a la psiquiatría tradicional a principio de siglo. Comienza a proponerse por entonces, distintas modificaciones a las condiciones de convivencia en las instituciones psiquiátricas propiciando espacios de mayor tolerancia y respeto por los pacientes; se comienza a conformar movimientos de reforma en el tipo de cuidados asistenciales que se prodigaban hasta entonces; se comienza

a involucrar a distintos actores en el tratamiento (profesionales, familiares, etc.); etc. No obstante, fue luego de la Segunda Guerra Mundial, cuando finalmente surge el Movimiento Antipsiquiátrico (con Cooper en Gran Bretaña, Szasz en Estados Unidos, Basaglia en Italia y Manoni en Francia) que los cimientos de la psiquiatría tradicional fueron considerablemente modificados. Entre ellos pueden mencionarse: el cuestionamiento de la psiquiatría como Ciencia Médica, de las instituciones psiquiátricas y de sus instrumentos terapéuticos (psicofármacos, choques eléctricos, etc.) como únicos recursos válidos para ayudar a quienes tenían problemas psicológicos; el cuestionamiento del concepto de enfermedad mental; y sobre todo de poder demostrar que la locura podía ser tratada de un modo distinto al de la psiquiatría tradicional (Rodríguez, A. C. 2009).

En este contexto, comienzan a esbozarse los primeros aportes, que de la mano del psiquiatra Maxwell Jones y sus abordajes terapéuticos para la asistencia de diversos problemas de salud mental, y su articulación con la metodología y filosofía de Alcohólicos Anónimos, configurarán las bases de las CTs. Se pueden distinguir tres modelos, con metodologías y técnicas diferentes, que contribuyeron a la configuración de las CT contemporáneas: el modelo inglés, el modelo norteamericano y el modelo italiano.

El modelo inglés: Maxwell Jones y la comunidad “democrática”

La influencia hacia fines de la Segunda Guerra Mundial del psiquiatra escocés Maxwell Jones en la configuración de las CTs, se le atribuye al haber comenzado a “sacudir” los cimientos conceptuales de la internación psiquiátrica, asociada a la pasividad del paciente. Su objetivo radica en formar una institución donde albergar a ex combatientes de la Segunda Guerra Mundial para darles tratamiento psiquiátrico en condiciones diferentes a las de hasta entonces.

Mientras la psiquiatría venía privilegiando la “contemplación de la enfermedad y convertía al paciente en un objeto que merece una descripción objetiva, y una clasificación”, Maxwell Jones incorpora la participación de los pacientes psiquiátricos en el tratamiento a través de su inclusión en las actividades y grupos terapéuticos (De León, 2000). La propuesta de Jones surge a partir de una mirada crítica y una reacción ante las limitaciones de los servicios en salud mental de esa época marcada por los efectos de la guerra y la

posguerra (hospitales psiquiátricos sobrepoblados, con notables carencias de recursos materiales y humanos con altas tasas de cronicidad, negación de ciertos derechos humanos básicos, abusos de poder propios de la jerarquización absoluta, entre otros)

Los principales ejes terapéuticos que asumía este nuevo modelo tenían las siguientes características:

Revalorización del concepto de equipo terapéutico. A partir de este nuevo concepto los profesionales organizan sus tareas como un grupo de trabajo asumiendo una nueva dinámica de funcionamiento: las reuniones de equipo.

La preeminencia de lo grupal como dispositivo. El dispositivo grupal se refiere al uso del grupo, configurándose como un instrumento con dos finalidades: la terapia y el aprendizaje.

El uso de las prácticas socio educativas (socio-terapia), con la finalidad de que los usuarios adquieran, entrenen y puedan instrumentar nuevas herramientas y recursos (destrezas sociales): la socio terapia se basaba en el desarrollo de la capacidad de ir asumiendo mayores responsabilidades que les sirviera en su vida cotidiana.

En las dinámicas grupales, “la confrontación” aparecía como la herramienta clave para allanar los conflictos inter e intra individuales y avanzar en el proceso terapéutico.

El modelo norteamericano

Este modelo sienta sus precedentes, de manera singular, en los grupos de autoayuda conocidos como Alcohólicos Anónimos (AA) que alcanzaron protagonismo, en la década del 50 en los EEUU.

De acuerdo con Carrizo (2010) dos causas pueden remitirse en torno a dicho fenómeno:

Por un lado el rechazo y descreimiento del aporte profesional e institucional en el campo del tratamiento de las adicciones (por un reconocimiento de los magros resultados de los dispositivos tradicionales de la época). Por otro, el movimiento impulsado desde ese país (y gran parte de Europa) hacia el desinternamiento de grandes masas de personas asiladas en instituciones de salud mental como una reacción crítica hacia las condiciones imperantes en

las mismas. Reacción que causó que miles de personas (y sus familias) hasta el momento integradas en dichos sistemas, quedarán sin ningún tipo de asistencia y contención (Carrizo, M. 2010,p.14).

Fue así que, de los grupos de autoayuda conocidos como AA, heredó el trabajo en grupos de reconocimiento mutuo y ayuda recíproca, como así también el trabajo no profesionalizado. Pero por sobre todo, la idea de concebir la adicción como una “enfermedad” que compete tanto a las emociones, el espíritu y el cuerpo y que para permanecer sobrio y reparar los “errores” cometidos era relevante compartir con otros la experiencia de la enfermedad a través del habla (Touzé, G y otros, 2010).

Los grupos de autoayuda se constituían una comunidad que no recibía dinero público y no admitía profesionales, este modelo constituyó lo que más tarde se ha denominado una comunidad de vida. Como la abstinencia sólo era posible permaneciendo dentro de la residencia, en este tipo de comunidades no había altas ni salidas por fin del tratamiento, sino que se residía allí permanentemente (Carreras Alabau, A., 2011).

El modelo Italiano

El modelo Italiano de CT, surge a propósito del accionar de Mario Picchi, un personaje carismático vinculado a la iglesia católica romana, cuando en el año 1968 comienza a organizar en Roma un “centro de acogida para desamparados” brindándoles servicios básicos de contención. Este modelo, comienza a tomar forma a partir de la fuerte influencia en la región del psiquiatra Franco Basaglia, quien entre otras cuestiones bregaba por los modelos de la psiquiatría comunitaria y de las políticas desinstitutionalizadoras que posibilitaron la externación de pacientes crónicos de hospitales neuropsiquiátricos y la incorporación de las familias como factor clave en el proceso terapéutico de externación.

Las comunidades terapéuticas en Argentina

En Argentina, las primeras intervenciones asistenciales en materia de drogas fueron en la década del '60. La primera entidad dedicada en nuestro país al consumo de drogas fue el Fondo de Ayuda Toxicológica (F.A.T.), entidad que fuera fundada en 1966 por el Dr. Alberto Italo Calabrese y que funcionó hasta el año 1980 en la Cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires. Siete años más tarde, en 1973, se crea el Centro Nacional de Reeducción Social (CENARESO), cuyo objeto se definió como “la asistencia integral de personas adictas a sustancias estupefacientes o psicotrópicas causantes de dependencia psíquica y social, como asimismo de capacitación en servicio para personal especializado” (Ley 20.332, art. 2). Mientras que durante el período dictatorial en sus informes “epidemiológicos” el CENARESO hacía hincapié en el estatuto jurídico de las drogas consumidas por sus pacientes, con el devenir de la democracia, su intervención dio un giro por interesarse por la situación social de sus pacientes y la vinculación de éstos con las sustancias, sean éstas legales o ilegales (Aureano, G., 1997). A partir de allí, y a través de un equipo de trabajo interdisciplinario, el CENARESO promovía una intervención asociada al modelo psicosocial, con una fuerte centralidad en el carácter reeducador tendiente a la formación de actitudes y comportamientos de los pacientes.

Es en este marco y en forma paralela a la atención médica”, comienza a gestarse en el país grupos de autoayuda, organizados alrededor de ex consumidores de sustancias psicoactivas, con frecuencia, ligados a una institución religiosa que planteaban la búsqueda de estilos de vida “alternativos”. Surgió por entonces la primera iniciativa en el país, afín a la metodología propia de las CT ligadas al modelo norteamericano, encabezada por el Pastor Carlos Novelli quien en 1973 comienza a trabajar con usuarios de drogas y casi 10 años más tarde, en 1982, abre la primera Comunidad Terapéutica de la Argentina.

La expansión de las CT en Argentina terminó de consolidarse con el retorno de la democracia y la proliferación de organizaciones no gubernamentales (ONGs) que comenzaron a trabajar en la problemática de las drogas. Fue así, que mientras a mediados de la década del ochenta pocas organizaciones lideraban el trabajo en la problemática de las drogas, hacia fines de la década del ochenta las ONGs que brindaban asistencia en

“adicciones” se habían multiplicado y su número crecería en forma sustantiva durante la década del noventa.

La creación de una Secretaría Nacional y una Secretaría Provincial (en la Provincia de Buenos Aires) que respaldan y subsidian a las Comunidades Terapéuticas. A través de una resolución conjunta del Ministerio de Salud y de la SEDRONAR, se reconoce y admite como prestadores válidos a las CT. Esto generó que por un lado se incluyera a estas instituciones dentro del sistema de atención formal en salud; pero al mismo tiempo, que en 1992 se las incluyeran como prestadoras del Programa de Subsidio para Asistencia Individual en el Tratamiento a personas con problemas de consumo con Internación en Institutos No Gubernamentales de la SE.DRO.NAR. A través de este programa destinado a “brindar ayuda técnica y financiera a las iniciativas y esfuerzos conducentes a desarrollar ámbitos de prevención y tratamiento en diferentes puntos del país” (Lestelle 1994,p.132), se acrecentaba la posibilidad de acceder a tratamiento en instituciones privadas y en ONGs.

La categorización de las CTs como “centros preventivos asistenciales de atención de la drogadependencia” por las normas de calidad del entonces Ministerio de Salud y Acción Social y de la SEDRONAR. La Resolución Conjunta 361-153/97 M.S.A.S. y SE.DRO.NAR: “Normas de Categorización de los establecimientos asistenciales” mencionó que era necesario contemplar “la existencia de las Comunidades Terapéuticas, las cuales cubren un importante vacío en la atención de los pacientes, implementando un sistema diferente a las prácticas psiquiátricas tradicionales, con una valoración integral y humana en la problemática”. Este reconocimiento incluía una crítica a las prácticas psiquiátricas tradicionales, al mismo tiempo que situaba a las CTs como una modalidad alternativa de tratamiento por uso problemático de drogas (Galante, A. y otros 2013).

La sanción de las leyes 24.455 y 24.754 que establecen la obligación de las Obras Sociales y de la Medicina Prepaga a dar “cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas que dependan física o psíquicamente del uso de estupefacientes”

La sanción, en 1989 de la Ley de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes N° 23.737 que dispone como medida alternativa a la pena de prisión por tenencia de drogas para consumo

personal, una medida curativa, es decir un tratamiento coactivo a efectuarse en diversos centros de tratamiento.

La creación de distintas Federaciones que nuclean y promueven el desarrollo de Comunidades Terapéuticas. Hacia fines de la década del ochenta, se crea la Federación de Organizaciones no Gubernamentales de la Argentina para la Prevención y el Tratamiento del Abuso de Drogas (FONGA), cuyo principal objetivo es el de articular y fortalecer el trabajo de las instituciones federadas, desarrollando políticas complementarias de capacitación e integración de recursos, evaluación y desarrollo de modelos de gestión y calidad institucional y proyectos comunes de investigación.

La conformación del equipo de CTs

Desde el surgimiento de las CTs en el país hasta la actualidad, se percibe una serie de cambios, de disputas y de desafíos que impactaron en sus programas y lineamientos principales. Si tradicionalmente las CTs habían sido fundadas y lideradas por “ex adictos” o “líderes” no profesionales (los llamados “pioneros”) a partir un determinado momento los profesionales de distintas especialidades: psiquiatra, psicólogos, trabajadores sociales, etc.)-comenzaron gradualmente a vincularse y a disputar espacios de poder dentro de estos dispositivos. Hasta entonces, quienes habían “fundado” y dirigían las CTs, eran personas que aportaron su conocimiento y su práctica en las comunidades que llamaban “comunidades de vida” precisamente basados en la experiencia, en la empatía, en las “ganas de ayudar al otro”, más que en el conocimiento teórico o académico.

Sin embargo, cuando mediante el programa de subsidios otorgados por la SEDRONAR se incorporó a las CTs dirigidas por especialistas sin formación académica en los programas de asistencia, se comenzó a poner en cuestión la idoneidad de éstos para intervenir en la atención de los usuarios de drogas. Si bien, desde el propio Estado se había incentivado la profesionalización, a través de diversas diplomaturas y especializaciones en distintas organizaciones e incluso universidades del país, las disputas con las profesiones “tradicionales” (psicología, medicina, psiquiatría sobre todo) se hacían y aún hoy se hacen sentir. De hecho, las resoluciones de la SEDRONAR y del entonces Ministerio de Salud y Acción Social establecieron quienes debían conformar los equipos de atención de estas

instituciones, otorgando la dirección y los tratamientos a profesionales, y relegando a los Operadores Socio terapéuticos a una función más subalterna. El equipo, debía estar conformado entonces del siguiente modo:

- un médico que acredite experiencia en el tratamiento por uso de drogas, en carácter de Director Técnico, quien debía definir la “estrategia asistencial”;
- un médico o psicólogo como Director del Programa Psicológico asistencial, a cargo de la organización, planeamiento, estrategias, planificación y supervisión del programa psicológico-asistencial;
- Los operadores socioterapéuticos fueron incluidos entre los técnicos que podían formar parte de los programas residenciales. Según la Resolución Conjunta 362/154 M.S.A.S. – SEDRONAR al menos el 50% del equipo debía estar integrado por profesionales universitarios (Galante y otros, 2013).

Fundación Creando la Libertad

Fundación Creando La Libertad (FCLL) es una organización sin fines de lucro dedicada al Desarrollo Humano Integral con más de una década de trayectoria, promoviendo una creciente autonomía que permita alcanzar una mejor calidad de vida, transformar su propia realidad y ser agentes de cambio social.

Fundamenta sus intervenciones en aplicación de los aportes de las neurociencias y las prácticas basadas en evidencia (PBE) para el abordaje integral de la salud mental comunitaria.³

En este marco, la operadora Social del Centro “Creando Libertad”, Karina Lopez, nos comenta que si bien la institución es una Fundación, la misma cumple la función de comunidad terapéutica para el abordaje de adicciones. Agrega que el objetivo de la institución es contribuir con la comunidad a partir de la mejora de las capacidades individuales y colectivas. A su vez, fomenta el desarrollo personal y social de adolescentes,

³ <https://www.creandolalibertad.com/creando-espacios-de-salud>

jóvenes y adultos a través de la educación en actitudes positivas y de la prevención de conductas de riesgo social y del consumo de drogas, trabajando en tres áreas del dispositivo principales: terapéutica, socio ocupacional y conductual.

En esta línea la operadora social, informa que la institución funciona las 24 horas del día, teniendo como requisito para acceder a ella, no padecer ninguna enfermedad infecto contagiosa no controlada o tratada, manifestación del deseo de recuperación y poseer continencia familiar o tutelar. En la misma, asisten a personas de 14 a 65 años, es un programa mixto, y hay pacientes duales: co-morbilidad de una enfermedad psiquiátrica y un uso patológico de sustancias tóxicas (uso, abuso o dependencia). Indica que es aquí, que el diagnóstico del usuario se hace a través de entrevistas con los distintos profesionales del staff. Teniendo una entrevista de admisión clínica, luego una psicológica, psiquiátrica, y social. Las entrevistas se hacen de manera individual y familiar. La mayoría de los usuarios que asisten a la institución son derivados de Sedronar y otros a través de las obras sociales.

En este marco, agrega que la institución trabaja con diferentes modalidades, la ambulatoria, que consta más o menos de 12 meses; Centro de Día, que dura 6 meses aproximadamente e internación, que consta de más o menos 6 meses. En todas las etapas del programa, los usuarios asisten a los siguientes espacios terapéuticos: terapia individual, grupo de fase, grupo de convivencia, grupo prevención de recaídas, grupo de género.

Los usuarios van pasando por diferentes etapas:

- Admisión y adaptación: donde se trabaja la desintoxicación, estabilización y adaptación al programa.
- Comunidad: donde se trabaja la implicación en el tratamiento, afianzar vínculo institucional e inicio de trabajo focalizado y progresivo en cada una de las tres áreas (terapéutica, socio ocupacional y conductual) Inicio y progresión de salidas terapéuticas.
- Pre reinserción: se hace un trabajo profundo y focalizado de todas las áreas, se trabaja con la autonomía, se lo prepara para la externación con un plan de fortalecimiento socio ocupacional para implementar.

- Reinserción: Trabajo profundo de todas las áreas principalmente en prevención de recaídas y reinserción familiar, laboral, habitacional, y manejo de tiempo libre. Modalidad hospital de día y media jornada.
- Reinserción social ambulatoria: Sostenimiento de autonomía en todas las áreas. Alta terapéutica. Consolidación de autonomía y despegue del programa

En relación a las internaciones, algunos usuarios se internan porque están con alguna situación judicial por poner en peligro su vida o la de terceros. Sin embargo, desde “Creando Libertad” no se estigmatiza a los sujetos por estas situaciones sino que se trabaja en un marco de derechos y de promoción.

En relación a la Articulación, la operadora social aporta los siguientes datos

La Fundación “Creando la Libertad”, articula con diferentes instituciones gubernamentales y no gubernamentales. En el Área de Salud, se articula con el hospital Oller de Solano , Hospital Iriarte de Quilmes y con los diferentes C.A.P.S del distrito.

En el ámbito de la educación formal e informal se articula con el Hogar de Cristo, este es un espacio que brinda diferentes tipos de talleres como estampados, panadería, herrería, etc. También lo hacen con el CFP N°406 “Pallamay”, donde se les brinda una variedad de talleres de acuerdo a su interés, como plomería, electricista que son herramientas fundamentales al momento de trabajar con los usuarios su reinserción laboral. Allí se los inscribe a diferentes cursos de capacitación con salida laboral. En la educación formal, se trabaja con el finés, nivel primario y secundario donde los usuarios pueden comenzar o retomar sus estudios.

La institución también articula con el municipio de Quilmes, específicamente con el Programa Emprender, a través de talleres de capacitación que se les brinda a los usuarios.

Trabajo Interdisciplinario e intersectorial

En este sentido, la operadora, Karina Lopez cuenta que el equipo está conformado por psicólogos, psiquiatras, acompañante terapéutico, trabajadores sociales, terapeuta ocupacional y operadores socio terapeutas y que el trabajo es de manera interdisciplinaria. Agrega que los profesionales tienen una reunión de equipo semanal para trabajar y tomar decisiones en conjunto, con el fin de favorecer a los usuarios. Por otro lado, también trabajamos de una forma intersectorial. Es decir, articulamos con los juzgados, centro de salud y organizaciones no gubernamentales.

Mirada hacia el consumo de sustancias.

La Operadora Social sostiene que existen diferentes tipos de consumo. Sin embargo, dice que la mayoría de los usuarios que asisten a la comunidad terapéutica es porque han abusado de la sustancia. Suma que este abuso de sustancias trae aparejado, la pérdida de trabajo, abandono de los estudios a temprana edad, ruptura de vínculos familiares, entre otras situaciones problemáticas.

En este marco, afirma que generalmente los sujetos que terminan con un abuso de sustancias, tienen determinantes familiares, por ejemplo consumo por parte de los padres, conflictos familiares, abuso, carencia afectiva, etc. También menciona los factores comunitarios como el fácil acceso a las drogas, amistades que consumen y una red de sostén comunitaria debilitada. En relación a los factores escolares, indica el bajo rendimiento académico o bajo apego a la escuela. Y por último, menciona los factores individuales relacionados a la personalidad, con la salud mental, baja autoestima o querer pertenecer a un determinado grupo como factor de riesgo.

CAPÍTULO IV

Análisis de datos

En el presente capítulo se intentan demostrar y analizar los datos obtenidos a través de los instrumentos utilizados que conforman una parte fundamental del logro de los objetivos que enmarcan el presente estudio y desarrollo.

La metodología que se utiliza para la redacción de los resultados obtenidos del análisis, se compone con los datos recabados con las respectivas respuestas de los entrevistados formando una triangulación entre el análisis, los datos y la teoría desarrollada en los capítulos precedentes. El análisis se compone de los ejes correspondientes a las informaciones obtenidas relacionadas con las preguntas que se realizaron para obtener la información necesaria.

1. Objetivos de la Organización

Las organizaciones entrevistadas manifestaron que presentan objetivos claros en cuanto a cumplir la función para la que fueron creadas expresando su compromiso en el trabajo para la recuperación de las personas que consumen y además abusan de sustancias que son perjudiciales para la salud generando problemas en todas las áreas de su ser.

“El objetivo de la institución es contribuir con la comunidad a partir de la mejora de las capacidades individuales y colectivas, promoviendo una creciente autonomía para la atención y satisfacción de las necesidades sociales”. (Entrevista a Fundación “Creando Libertad”, 2021).

“El objetivo de la institución es trabajar con personas en situación de consumo y las que no, acompañar esos procesos, minimizando los padecimientos subjetivos” (Entrevista a Navarro para el DIAT, 2021).

2. Modalidad de tratamiento

El tratamiento ambulatorio es lo que más recomiendan las organizaciones entrevistadas ya que según lo que manifiestan sus responsables es el más adecuado para mantener los lazos familiares y afectivos si los hubiera con el fin de contribuir a la mejora del individuo en todos sus aspectos y también hacer parte a la familia, involucrando a la misma en el proceso de recuperación. A dicha modalidad, lo acompañan con distintas actividades como talleres en oficio y otras ramas. Sin embargo, dichas organizaciones también poseen la modalidad de internación dependiendo del grado de riesgo en el que se encuentre el adicto o potencial.

“Siempre apuntamos a que el tratamiento se haga de forma ambulatoria. Porque con esta problemática hay una rotura total en los lazos familiares, en todo sentido. Y si la internación se hace de una forma ambulatoria esto se podría reconstruir mucho mejor que si es en internación. Pero cuando todo está muy comprometido con el consumo, todo se va abandonando y no se puede sostener nada. Entonces, cuando esto sucede lamentablemente tenemos que pensar en una internación”. (Entrevista a CEVARESO, 2021)

“Las derivaciones llegan a un grupo que se llama equipo de orientación y el paciente puede llegar con la familia o no. En esa entrevista nosotros evaluamos el consumo que tiene el paciente, el contexto en que se desarrolla el paciente, si es un contexto continente de familia, de barrio, de lugar.

Todo eso se tiene en cuenta, quizás el paciente tiene un consumo compulsivo, pero uno se da cuenta que con un tratamiento ambulatorio se podría realizar. Pero si no hay familias que sostengan o vive en una villa de emergencia, lugares donde es muy difícil si no hay una

familia que contenga acompañarlo en un proceso de tratamiento y en un tratamiento ambulatorio siempre es necesario algún “otro” porque está el tiempo que tenga que estar, viene a los grupos a diferentes jornadas, llegan a venir hasta tres veces por semana. “Pero el tema es cuando estás en tu casa y no hay un alguien cuando vos, estas mal, te quieres ir y necesitas alguien que te contenga y te saque el pensamiento de irte a consumir”. (CEVARESO, 2021).

“Bueno, trabajamos con un equipo técnico, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional, trabajamos en espacios de escucha individual y grupal. También los espacios grupales que tienen que ver con contención y orientación a familiares de personas que están en situación de consumo y que tienen la necesidad de tener un espacio también, aunque todavía es familiar no se acerque a pedir ayuda, pero si consideramos que la demanda de los familiares es clave en añadidura”. (Navarro, 2021).

3. Intervención

La intervención que realizan las organizaciones depende del grado de consumo que está atravesando la persona, el cual avanza por diferentes etapas, una vez dentro del centro de rehabilitación.

“Los usuarios van pasando por diferentes etapas: admisión y adaptación donde se trabaja la desintoxicación, estabilización y adaptación al programa. Comunidad donde se trabaja la implicación en el tratamiento, afianzar vínculo institucional e inicio de trabajo focalizado y progresivo en cada una de las tres áreas (terapéutica, socio ocupacional y conductual) Inicio y progresión de salidas terapéuticas.

Pre-reinserción: se hace un trabajo profundo y focalizado de todas las áreas, se trabaja con la autonomía, se lo prepara para la externación con un plan de fortalecimiento socio ocupacional para implementar.

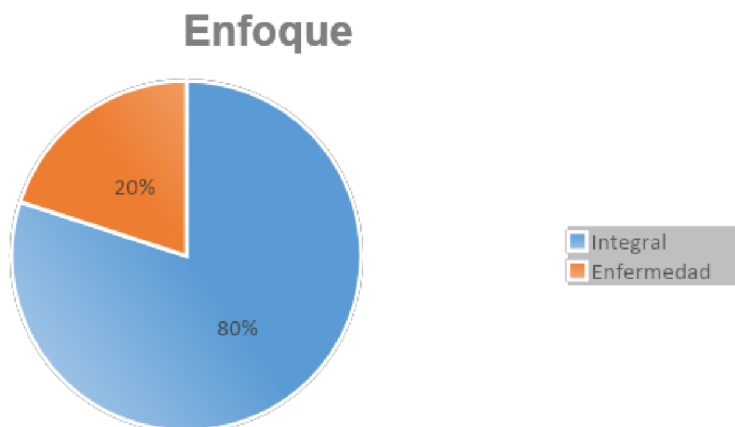
Reinserción: Trabajo profundo de todas las áreas principalmente en prevención de recaídas y reinserción familiar, laboral, habitacional, y manejo de tiempo libre. Modalidad hospital de día y media jornada. Reinserción social ambulatoria: Sosténimiento de autonomía en todas las áreas. Alta terapéutica. Consolidación de autonomía y despegue del programa” (Fundación Creando la Libertad, 2021).

Sin embargo, las comunidades terapéuticas se enfrentan al desafío de fortalecer las redes de apoyo del usuario que se externaliza. En este contexto, muchos usuarios que estudiaban Fines, cursos, capacitaciones, etc. Terminan abandonando por falta de una red de apoyo familiar y comunitario en sus propios distritos. Esto deja entrever, la necesidad de fortalecer la articulación de los centros terapéuticos con los dispositivos territoriales fuera del distrito donde están insertos. Es decir fortalecer estas redes de apoyo de una manera paulatina y progresiva de los usuarios que se externan.

“La prevención puede ser primaria, secundaria y terciaria refiriéndose a interconexiones del sistema de salud y anteriores a la aparición de un daño o enfermedad, a la atención del mismo una vez que se ha instalado y a la recuperación a posteriori de su tratamiento” (Caplan,1980, citado en Camarotti y Touris, 2017)

Desde los dispositivos integrales de abordaje territoriales (DIAT) se trabaja desde la prevención y promoción de los sujetos de derechos. En este sentido, el DIAT trabaja con los programas vigentes anclados en el territorio pensado en la promoción de derechos. Es decir, que trabajan con individuos que se encuentran o no, en situación de consumo para acompañar los procesos y minimizar los padecimientos subjetivos en un marco de derechos.

1. Concepto que presentan sobre adicción y consumo de sustancias psicoactivas.



La mirada por la cual asimilan el consumo de sustancias dichas organizaciones tiene que ver con un enfoque integral permitiendo el tratamiento de todas las áreas de la persona involucrada.

“Bueno, se lo entiende con una mirada integral, como una problemática social, no es solamente un problema de salud. Si no, a nivel social, por lo tanto, las repuestas son complejas”. (Navarro, 2021)

“El consumo de sustancia lo entendemos como una enfermedad, esto lo trabajamos mucho con las familias de que dejar de consumir es algo mágico. Algunos lo dejan, otros que no, yo entendiendo que como cualquier enfermedad, se necesita un tratamiento. Es así, que no todas las personas son adictas. Hay usuarios que hacen abuso de la droga, y hay usuarios que hacen uso de la droga, que no tiene la cultura del que hace abuso, la parada, el vocabulario. Nosotros vemos al que consume sustancia como una persona que está padeciendo un montón de cuestiones que van a ir saliendo. Que han vivido situaciones extremas que los llevó al consumo y esto mismo tiene que ver con una multicausalidad de cosas” (CEVARESO, 2021).

Ello se respalda con lo que se ha expresado en el marco teórico respecto de la importancia de contar con un sistema de tratamiento integral en el que se abarquen todas las aristas para que sea eficaz.

“Se parte del supuesto que el consumo de drogas es un hecho complejo y que no es factible que sea abordado de forma aislada a los contextos sociales y emocionales del individuo. Para ello se requiere de respuestas creativas y flexibles que contemplen una mirada transdisciplinaria y multisectorial, en la que converjan tanto las perspectivas económicas, sociales, psicológicas, culturales y médicas de abordaje teórico y práctico, como las provenientes de experiencias y lecciones aprendidas. Es por ello que se necesitan respuestas realizadas en la proximidad de los entornos sociales en los que ocurren los problemas a fin de generar un acercamiento a los escenarios y situaciones que los motivan para ser capaces de realizar un abordaje de fondo”. (Camarotti y Touris, 2017).

4. Articulación con otras entidades.

Las organizaciones a las cuales se les solicitó información manifestaron en su totalidad que realizan articulación con diversas entidades con el objetivo de fortalecer el tratamiento y generar un espacio donde exista una amplitud de oportunidades de formación y recreación.

“Sí, nosotros articulamos permanentemente con Sedronar, donde en este momento derivamos todas las internaciones de pacientes de dieciocho años en adelante. Hasta diecisiete son los que te decía que se trabajan con el servicio local y con el servicio zonal. Articulamos con el Hospital del Cruce y el Hospital Mi Pueblo. Por lo tanto derivamos nosotros como ellos a nosotros donde llegan por psicosis por consumo, intento de sacarse la vida por consumo, o sea que permanentemente articulamos con ellos. Así también con el hospital Estévez y Tovar García”. (CEVARESO, 2021)

“Sí, por supuesto, tenemos constante vínculo porque somos un sistema de salud público somos el estado del territorio articulamos con otros organismos con todos los que tienen que ver a la gestión municipal niñez adolescencia como te decía salud mental y consumos problemáticos del municipio la secretaría de salud en general de todo el municipio es con la que nosotros venimos desarrollando intervenciones en conjunto.

No es posible trabajar solos ante esta temática, consideramos que nosotros tenemos objetivos de respuestas integrales a este problema no es que la gente que se acerca al dispositivo solamente va a trabajar lo que tiene que ver con el consumo problemático sino que abordamos la temática de una manera integral no como un problema de salud integral. Entonces necesariamente necesitamos articular con otros organismos no sólo de salud sino también con las escuelas con lo que tiene que ver el ámbito educativo con el ámbito laboral y bueno eso en general después trabajamos mucho con organizaciones sociales barriales que tienen base comunitaria”. (Navarro, 2021)

“Articulamos con el hospital de Solano y el de Quilmes y con los diferentes C.A.P.S del distrito. Según el turno que necesitamos se gestiona a través de la red interna de los centros de salud y ellos nos brindan un turno según para el área que estemos necesitando para los usuarios. Se articula con el Hogar de Cristo, es un espacio que nos brinda diferentes tipos de talleres como estampados, panadería, herrería. También articulamos con el CFP N°406 “Pallamay”, donde se les brinda una variedad de talleres de acuerdo a su interés, como plomería, electricista que son herramientas fundamentales al momento de trabajar con los usuarios su reinserción laboral. Allí se los inscribe a diferentes cursos de capacitación con salida laboral. También se articula con el fines, nivel primario y secundario, hoy en día el fines del nivel primario se está llevando dentro de la institución. Mientras que en el nivel secundario se les brinda de forma online”. (Fundación Creando la Libertad, 2021)

5. Forma de trabajo

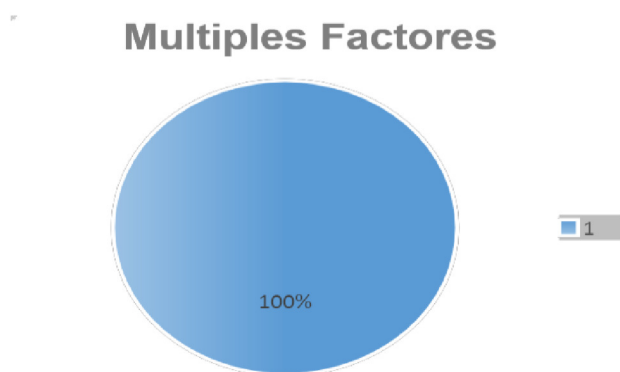
En la forma de trabajo que optan las organizaciones que fueron entrevistadas se comienza con una entrevista en la que se conoce al usuario y el nivel de consumo que presenta, allí también se determina la modalidad que se utilizará si ambulatoria o internación. Todo se realiza mediante una división por edades para garantizar un tratamiento adecuado de acuerdo a su edad, estado físico, psicológico, etc.

“Nosotros trabajamos con abstinencia, no trabajamos con reducción de daño. Por ejemplo, el paciente dice yo no quiero dejar de consumir marihuana, entonces nosotros lo derivamos a otro dispositivo que sí trabaja en reducción de daño. Por lo menos van a estar mas contenidos. Al principio se trabaja con reducción de daño, porque las entrevistas son personales. Sin embargo, el paciente después tiene que dejar de consumir, porque luego las entrevistas son grupales y si todos están haciendo un esfuerzo para dejar de consumir y viene otro paciente y comenta que está consumiendo y comenta que se tomó una cerveza bien transpirada no va a sumar al grupo”. (Cevareso, 2021)

“Trabajamos con los usuarios en diferentes modalidades: la modalidad GANA que son los pacientes de 13 a 23 años, la modalidad adulto que son los paciente de 24 años en adelante y el caso de personas alcohólicas, con las cuales, el abordaje es distinto. También trabajamos con pacientes que presentan alguna patología psiquiátrica pero solo si están medicados y compensados”. (CEVARESO, 2021)

“A partir de las entrevistas, se le ofrece al usuario el tratamiento que se crea más conveniente. Se trabaja con modalidad ambulatoria, que consta más o menos de 12 meses, centro de día, dura 6 meses aproximadamente e internación que consta de más o menos 6 meses. En todas las etapas del programa los usuarios asisten a los siguientes espacios terapéuticos: terapia individual, grupo de fase, grupo de convivencia, grupo prevención de recaídas, grupo de género”. (Fundación Creando Libertad, 2021)

6. Factores que influyen en el consumo de sustancias psicoactivas.



Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas

Con respecto a los factores que influyen en el consumo de sustancias psicoactivas por parte de la población que asiste a dichos centros, los mismos manifiestan que se debe a múltiples factores siendo una cuestión difícil de enmarcar en un solo aspecto.

En este marco, Liliana Puga, Directora del Centro CEVARESO, sostiene que la población que asiste a dicho centro no presenta factores comunes. Es decir que los sujetos que consumen provienen tanto de padres juntos o separados, huérfanos o que tienen a sus familias, menores o mayores y con niveles socioeconómicos distintos. No obstante, estas personas están en alguna situación que las atraviesa y las vuelve vulnerables ante el consumo. Por ejemplo, hechos traumáticos, puntuales y particulares de cada sujeto que consume. En algunos casos, han pasado por pérdida de familiares, otros han pasado por abusos que las familias nunca supieron y se terminan enterando en el tratamiento, entre otros. Entre todas estas situaciones se identifica la dificultad de resolución de conflictos como un indicador posible de consumo. CEVARESO, 2021

Generalmente los sujetos que terminan con un abuso de sustancias pueden verse influenciados por factores familiares, por ejemplo, consumo de parte de los padres, conflicto familiar, abuso, carencia afectiva, etc. Luego están también los factores comunitarios como por ejemplo que en el barrio haya fácil acceso a las drogas, amistades que consumen, conducta antisocial.

También están los factores escolares, donde se percibe bajo rendimiento académico, bajo apego a la escuela. Factores individuales relacionados a la personalidad, sus conductas etc. El querer pertenecer a un determinado grupo también a veces se transforma en un factor de riesgo. El querer ser aceptado. Baja autoestima etc. (Fundación Creando la Libertad, 2021)

“Refiriéndose al enfoque de riesgo, surge a partir de lo desarrollado por los epidemiólogos y los médicos sanitaristas, y se caracteriza por asociar ciertas vulnerabilidades de los grupos sociales con la noción de factor de riesgo, que puede ser definido como una circunstancia que aumenta la probabilidad de que se produzca un daño o resultado no deseado, como una enfermedad o un hábito como la drogadicción. Los factores de riesgo están asociados con la posibilidad de desarrollo de una enfermedad, pero no son suficientes para provocarla”. (Camarotti y Touris, 2017)

7. Acerca de la judicialización de internaciones

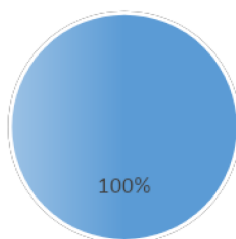
“Considero que para que funcione un tratamiento debe haber voluntad del usuario, enmarcado en la ley de salud mental donde se tiene en cuenta los derechos del sujeto que experimenta esta problemática, estoy en contra de la ley N°22914 donde las internaciones se podían llevar delante de manera involuntaria pasando a ser en vez de un problema de salud un problema judicial, estigmatizando a los sujetos, tildándolos de peligrosos y donde había un juez que determinaba si el paciente estaba listo o no para obtener su externación. Sin embargo, existen casos en los que es necesario tomar la decisión por vía judicial cuando esté en riesgo su vida o la de terceros”. (CEVARESO, 2021)

“Bueno, para nosotros existen dos tipos de internaciones: la voluntaria y la involuntaria. Acompañamos las dos, hemos hecho internaciones voluntarias y hemos hecho internaciones involuntarias. Las voluntarias tienen que ver con un pedido que se hace SEDRONAR central y se buscó una comunidad terapéutica acordé a esa persona. Las involuntarias, bueno ya son de otra índole porque son judicializadas como bien dice la pregunta, intentamos acompañar que ese acompañamiento sea lo más amable posible dentro de todo, lo que implica una internación involuntaria”. (Navarro, 2021).

8. Trabajo intersectorial e interdisciplinario

8

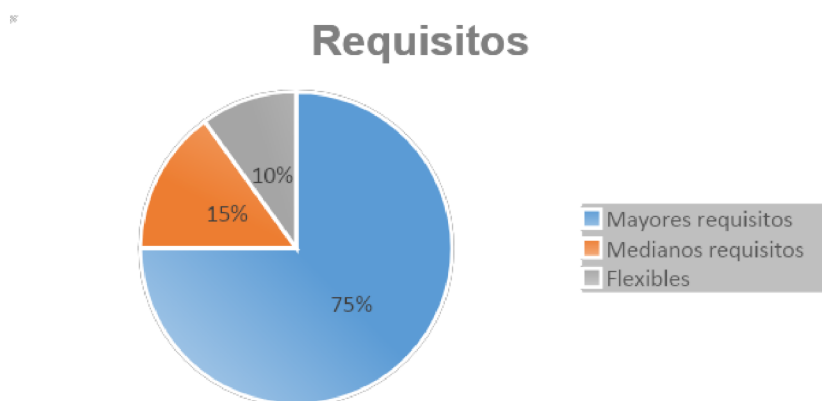
Trabajo intersectorial e interdisciplinario



En las organizaciones se lleva a cabo un trabajo de forma intersectorial e interdisciplinaria con el fin de abarcar todas las áreas del individuo fortaleciendo el tratamiento mediante el cual se espera la recuperación de forma paulatina y total.

“Si, trabajamos de una forma interdisciplinaria. Las decisiones se toman en manera conjunta con los diferentes profesionales de la institución donde nos ponemos de acuerdo para intervenir y tomar decisiones que mejor le sean al usuario. Por otro lado, también trabajamos de una forma intersectorial. Es decir, articulamos con los juzgados, centro de salud y organizaciones no gubernamentales”.

2. Requisitos



Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas

Dos de las organizaciones plantearon que se necesitan algunos requisitos para formar parte del centro. Una organización manifestó que no son necesarios los requisitos de evaluación antes de ingresar. A partir de ello se puede expresar que los requisitos en dichas organizaciones van desde mayores, lo que implica varios requisitos, los medianos donde solo existe un requisito y hasta más accesibles donde no se requiere requisito alguno para ingresar.

“Uno de los requisitos para ingresar es al menos de una semana de abstinencia”. (CEVARESO)

“No es un requisito ninguna evaluación para el ingreso al dispositivo” (DIAT, 2021)

“Los requisitos de acceso son: no padecer ninguna enfermedad infecto contagiosa no controlada o tratada, manifestación del deseo de recuperación y poseer continencia familiar o tutelar”. (Fundación Creando la Libertad, 2021)

CONCLUSIÓN

A partir de las entrevistas realizadas es importante reconocer la función que cumplen las organizaciones encargadas del consumo y abuso de sustancias psicoactivas, las cuales se rigen por los lineamientos derivados de las políticas creadas para dicho fin. También es importante resaltar que dichas organizaciones son capaces de generar propuestas que estén destinadas a continuar con la mejora del sistema sanitario en el área de adicciones. Sin embargo, en el cotidiano, estos dispositivos cuentan con profesionales con miradas diversas hacia el consumo y con muchos desafíos al momento de realizar acompañamientos a los sujetos que se externan como en el caso de las comunidades terapéuticas.

En esta línea, se pudo conocer que el sistema de tratamiento basado en la integralidad fue producto de una evolución de dichos modelos que fueron cambiando a través del tiempo en el que el Estado posee un rol relevante a la hora de construir políticas destinadas a todos los ámbitos de la persona.

Este mismo, cuenta con el apoyo de la OMS, la OPS y la UNODC, que brindan herramientas y lineamientos a partir de investigaciones exhaustivas capaces de colaborar de manera efectiva tanto en la prevención como en el tratamiento de personas en recuperación.

No obstante, no podemos hablar de un abordaje integral sino pensamos en intervenciones que se piensen desde lo comunitario y territorial sacando la mirada del sujeto que consume desde la exclusión y lo punitivo, sino de la promoción. En esta línea, los abordajes no deben ser pensados desde una lógica de recetas homogéneas sino desde una diversidad de estrategias que responde a situaciones individuales, sociales, familiares heterogéneas.

En este marco, las instituciones que abordan el uso y abuso de sustancias trabajan de manera integral, interdisciplinaria e intersectorial. Sin embargo, cada una de ellas, tienen una impronta única en sus intervenciones y que deja entre ver los distintos paradigmas que aún conviven y articulan entre sí.

En referencia a la importancia de obtener una mirada desde un enfoque de tratamiento integral que abarca todas las áreas del ser humano, se identifica la participación de los individuos, familias, organizaciones y actores sociales del territorio; centros de salud e instituciones educativas, cuyo esmero es poder brindar una atención adecuada dependiendo de las circunstancias que acarrearán a los jóvenes y adultos hacia el consumo y abuso de dichas sustancias.

En este marco, SEDRONAR lleva a cabo un arduo trabajo en lo que respecta a prevención y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, es pertinente profundizar en estrategias y políticas de promoción y prevención ya que en los últimos años se vio reflejado un aumento en los índices de consumo de drogas y otras sustancias sobre todo en la población joven y adolescente.

También se han podido visibilizar las estrategias de prevención y promoción que se materializa en los dispositivos territoriales DIAT a través de distintas estrategias de formación y acompañamiento en el territorio. No obstante, estos dispositivos no trabajan con situaciones de consumo problemático, sino que articulan con las CT a través de becas que proporciona la Sedronar.

En este sentido, ante las situaciones de consumo problemático, tanto los DIAT y Cevareso no trabajan con internaciones sino que a través de la Sedronar, las personas son derivadas a una comunidad terapéutica que trabaja con internaciones voluntarias y judicializadas. No obstante, las CT se encuentran con dificultades de inserción en relación a los sujetos que se externan ya que un gran número de ellos no cuentan con una red de apoyo fuerte que acompañe el tratamiento de manera ambulatoria. Esta red de apoyo debilitada puede verse reflejada por los efectos negativos del consumo en sus relaciones sociales primarias de familia, pareja, amigos; en sus relaciones sociales secundarias de trabajo o estudio y en sus vínculos con la ley (Touze, 2010) y por la falta de acompañamiento comunitario y del Estado al momento de encontrar herramientas y recursos para una inserción social desde la promoción y acceso al mercado laboral y de vivienda en un marco de derechos.

Si bien existen programas como el Potenciar Trabajo, el cual pueden acceder luego de 6 meses de tratamiento, algunos sujetos deben enfrentar el desafío de alquilar porque no se sienten preparados para volver a la comunidad donde tienen sus grupos de consumo o a un hogar donde vivieron la violencia, maltrato o abuso. Es por ello, que teniendo en cuenta la diversidad y la heterogeneidad, los abordajes y programas deben ser pensados desde las sustancias, individuos y contexto (Camarotti y Touris, 2017).

En lo que respecta al problema de las drogas, además de complejo, polifacético y cambiante, es también transversal. Atraviesa territorios, afecta a todas las clases sociales y no tiene ideología política, y afecta no sólo a quien consume, sino a toda la sociedad. Por ello, para abordar este tema no existe un único camino. Tampoco una solución mágica ni, mucho menos, unívoca.

En referencia a la importancia de obtener una mirada desde un enfoque de tratamiento integral que abarca todas las áreas del ser humano, se identifica la participación de los individuos, familias, organizaciones y actores sociales del territorio; centros de salud e instituciones educativas, cuyo esmero es poder brindar una atención adecuada dependiendo de las circunstancias que acarrearán a los jóvenes y adultos hacia el consumo y abuso de dichas sustancias.

En síntesis, la SEDRONAR lleva a cabo un arduo trabajo en lo que respecta a prevención y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas en articulación con los distintos dispositivos, centros y organizaciones del territorio. Sin embargo, es necesario profundizar en estrategias y políticas de promoción y acompañamiento a los sujetos en situación de consumo problemático ya que durante y después de un tratamiento se necesitan respuestas urgentes para la inserción social real de los sujetos en vulnerabilidad social un marco de derechos.

Bibliografía

Araceli Galante, Diana Rossi, María Pía Pawlowicz y Gonzalo Ralón (2013). Del adicto recuperado al operador socioterapéutico: la importancia de la intervención estatal en los procesos de profesionalización. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Balestrini M. (2002). “Cómo se elabora el proyecto de investigación”. Servicio editorial. Caracas. República Bolivariana de Venezuela.

Comas Arnau, D. (2008). La metodología de la comunidad terapéutica: una apuesta de futuro. Revista Española de drogodependencias. COPOLAD (2019). Programa de Cooperación entre América Latina, Caribe y la Unión Europea en políticas sobre droga.

Camarotti, A. Touris, M. (22 de Febrero de 2017) *Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas* (Archivo pdf) Fundación Convivir <https://convivir.org/2017/02/abordaje-integral-comunitario-de-los-consumos-problematicos-de-drogas/>

Carballeda, A. 2002. La intervención en lo social: exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. Buenos Aires: Paidós.

Carrizo, M. (2010). Dispositivos Terapéuticos para la asistencia de los problemas relacionados al consumo de drogas: La Comunidad Terapéutica como modelo y alternativa de cambio. Recuperado de:

<http://es.scribd.com/doc/51894345/Dispositivos-terapeuticos-para-la-asistencia-de-losproblemas-relacionados-al-consumo-de-drogas>

De Leon, G. La comunidad terapéutica y las adicciones. Teoría, modelo y método. Bilbao: Desclée De Brouwer, 2004.

De León, G. (2000). La Comunidad Terapéutica y las adicciones. Teoría, Modelo y Método. Bilbao: Desclée de Brouwer.

El paradigma deriva de Equipo editorial. (8 de diciembre de 2021). Thomas Kuhn. Lifeder. Recuperado de <https://www.lifeder.com/thomas-kuhn/>.

Fernández M. Y Martínez M. 2014: 40 "El antes y el después del abordaje del consumo problemático "Foucault, M. (2006). *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. Madrid: Siglo XXI

Foucault, M. (2007). *La arqueología del saber*. Madrid: Siglo XXI

Gamella, J. F. (2003). Drogas y control social: una excursión etnohistórica. Drogas, Sociedad y Ley de L. Pantoja y JA Abeijón. Deusto: Universidad de Deusto. González, R. (2010). El modelo argentino de comunidad terapéutica. Origen y actualidad". En: Touzé, G. y Goltzman, P. Aportes para una nueva política de drogas. V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas. Buenos Aires: Intercambios-UBA.

Hernández Sampieri, R; Fernández Collado, C y Baptista Lucio, P. (2003). Metodología de la Investigación. (6ta edición). Mc Graw-Hill: México.

Kornblit, A; Méndez, A; Di Leo, P Y Camarotti, A (2007) Entre la teoría y la práctica: algunas reflexiones en torno al sujeto en el campo de la promoción de la salud. *Revista Argentina de Sociología*, 5 (8) 9-25. Consejo de Profesionales en Sociología Buenos Aires, Argentina. <https://www.redalyc.org/pdf/269/26950802.pdf>

Lestelle, LC, Lichatowich, JA, Mobrand, LE y Cullinan, VI (1994). *Modelo de planificación de diagnóstico y tratamiento de ecosistemas aplicado a la suplementación: descripción del modelo, guía del usuario y documentación teórica para el modelo presentado en la serie de informes resumidos sobre la suplementación en la cuenca del Columbia* (No. DOE/BP-25105-1). Mobrand Biometrics, Inc.; Laboratorios del Noroeste del Pacífico.

Lozano, JI. (2019). El consumo problemático de sustancias y la construcción social de los sujetos consumidores. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Organización Panamericana de la Salud (2021) Abuso de sustancias.
<https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>

Políticas de salud pública sobre el consumo de sustancias psicoactivas. Manual para la planificación en el ámbito de la salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275323502>

Quevedo, S. (s.f.) clínica de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas. Selección. Apuntes de curso virtual.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/apuntes_del_curso_virtual_quevedo.pdf

Rodríguez, A. C. (2009). Aspectos teórico-metodológicos, de las comunidades terapéuticas para la asistencia de la droga dependencia: sus comienzos. Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy, (37), 317-327. Sabino, C. (1996). “Proceso de Investigación”. Editorial Lumen. Buenos Aires. sociedad. Buenos Aires. Edición de las Ciencias.

SEDRONAR, Manual del preventor comunitario: una guía para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en la comunidad, Buenos Aires 2013.

Touzé, G. (2010) Prevención del consumo problemático de drogas. 1ª ed. Buenos Aires. Troquel.

Vieytes, R. (2004). Metodología de la investigación en organizaciones y mercados

Volkov, S. (2021) *Mejorar la prevención y el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas*. Organización Mundial de la Salud.

<https://www.who.int/activities/improving-prevention-and-treatment-for-drug-use-disorders>

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/162835/20170426>

