

INFORME:
**Trayectorias terapéuticas de personas
con consumo de sustancias psicoactivas
usuarias de cuatro dispositivos comunitarios
de la provincia del Neuquén**

**Observatorio de Consumos Problemáticos
Noviembre 2022**

**SUBSECRETARÍA DE
CIUDADES SALUDABLES
Y PREVENCIÓN DE
CONSUMOS PROBLEMÁTICOS**

**MINISTERIO DE NIÑEZ,
ADOLESCENCIA, JUVENTUD
Y CIUDADANÍA**

NEUQUÉN
PROVINCIA

Gobernador de la Provincia del Neuquén

Cr. Omar Gutiérrez

Ministra de Niñez, Adolescencia, Juventud y Ciudadanía

Abg. Sofía Sanucci Giménez

Subsecretario de Ciudades Saludables y Prevención de Consumos Problemáticos

Lic. Hernán Ingelmo

Observatorio de Consumos Problemáticos

Integrantes que participaron del informe:

Lic. Paula Alvear

Lic. Marina Anderson

Lic. Ivana Atadia

Lic. Prof. Esp. Gabriela Souto

Índice

1) Prólogo.....	3
2) Agradecimientos.....	4
3) Presentación.....	5
4) Trayectorias terapéuticas en contextos de vulnerabilidad.....	6
5) Objetivos y aspectos metodológicos.....	9
a. Objetivo general.....	9
b. Objetivos específicos.....	9
c. Aspectos metodológicos.....	9
d. Consideraciones éticas.....	11
6) Caracterización sociodemográfica de la población.....	12
7) Algunos hallazgos.....	15
a. Trayectorias de consumo y quiebres biográficos	15
b. Entramado relacional y experiencias terapéuticas significativas.....	20
8) Conclusiones.....	29
9) Referencias bibliográficas	31



Prólogo

El presente informe sobre trayectorias terapéuticas de personas con consumos de sustancias psicoactivas usuarias de dispositivos comunitarios de la provincia, brinda información relevante para la sensibilización de la comunidad y el diseño de políticas públicas.

Entendemos que para el abordaje de una problemática tan compleja como son los consumos problemáticos es necesario el acompañamiento y contención de la comunidad en la que se insertan las personas. Es por ello que destacamos el estudio de las experiencias de tratamientos en dispositivos comunitarios, la cual pone el foco en las trayectorias individuales de las personas como también en sus entramados relacionales.

Este estudio ha permitido indagar sobre las experiencias más significativas para las personas en cuanto a tratamientos, lo que nos lleva a pensar en cómo potenciarlas y qué otras estrategias de intervención y prevención pueden favorecer la salud de las personas. Consideramos necesario el trabajo en red y comunitario entre el sector público, privado y organizaciones de la sociedad civil para lograr un abordaje integral, que involucre a las personas que atraviesan consumos problemáticos, como a su entorno afectivo en la construcción de prácticas de cuidado.

Lic. Hernán Ingelmo
Subsecretario de Ciudades Saludables
y Prevención de Consumos Problemáticos



Agradecimientos

A lo largo de esta producción hemos dialogado y trabajado de manera conjunta con distintos actores. En nombre de la Subsecretaría de Ciudades Saludables y Prevención de Consumos Problemáticos y del Observatorio de Consumos Problemáticos agradecemos a los siguientes organismos por su acompañamiento: las distintas subsecretarías del Ministerio de Niñez, Adolescencia, Juventud y Ciudadanía de la Provincia de Neuquén; el Gobierno de la Provincia de Neuquén; Intercambios Asociación Civil; Pan American Energy (PAE); Fundartox; la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina y la Universidad Nacional del Comahue (UNCo).

Queremos agradecer especialmente a quienes han colaborado en distintas tareas del proceso de investigación: Brenda Williams, Fermín Martínez Ramírez y Julián Delaloye. También a Aldana Godoy, Celeste Inostroza, Daiana Díaz y Damaris Karst, residentes UNCo, y María Pía Pawlowicz y Yamila Abal, integrantes de Intercambios Asociación Civil, por el acompañamiento teórico y metodológico que nos brindaron para la realización de este trabajo.

Por último agradecer la predisposición de los y las referentes de los distintos dispositivos comunitarios en los que se realizó el trabajo de campo y a cada uno de los entrevistados, sin los cuales no hubiese sido posible este estudio.



Presentación

El Observatorio de Consumos Problemáticos (OCP) surgió con el propósito de lograr un mayor entendimiento de la situación de los consumos en la Provincia del Neuquén y brindar información relevante para el diseño de políticas públicas vinculadas con la prevención y la promoción de la salud. Sus acciones se enmarcan en lo dispuesto por la Ley Nacional N° 26.934, Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos -IACOP, Ley Nacional N.º 26.657 de Salud Mental y Adicciones y Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes.

En el ámbito provincial, el Observatorio se inscribe en las directrices que dicta la Ley de Ministerios 3102/2017 en relación a producir información para “planificar, diseñar y coordinar políticas públicas tendientes a la reinserción de las personas en el campo de los consumos problemáticos y las adicciones.” Asimismo, este proyecto ha sido elaborado respetando el espíritu de la Ley 2302/2000 de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia.

Trayectorias terapéuticas en contextos de vulnerabilidad

Este estudio tuvo el propósito de indagar sobre las trayectorias terapéuticas de personas con consumo de sustancias psicoactivas, en contextos de vulnerabilidad social, que realizan o han realizado tratamientos en cuatro dispositivos comunitarios de la Provincia del Neuquén.

El Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP) considera a los consumos problemáticos como aquellos consumos que, mediando o sin mediar sustancia alguna, afectan la salud física o psíquica del sujeto y/o sus relaciones sociales (Plan IACOP, Ley 26.934), tanto las primarias — familia, pareja, amigos—, como secundarias —trabajo, estudio. Por su parte, Touzé (2010, 2015) sostiene que existen diferentes formas de vincularse con las drogas y cualquiera de ellas puede provocar daños a las personas si se constituyen en un uso problemático. Dicha autora distingue entre el uso, abuso y dependencia hacia una sustancia, enfocando las diferencias más desde una índole cualitativa —motivaciones y contexto de consumo— que cuantitativa — frecuencia y cantidades. Es decir, el consumo problemático no sólo puede estar implicado en situaciones de consumo sostenido en el tiempo, sino también consumos de una sola vez, e incluso de una primera vez.

Desde una mirada que busca complejizar las realidades estudiadas, este proyecto retoma un enfoque interpretativo de los consumos problemáticos que intenta dar cuenta de las trayectorias de vida de los sujetos en los contextos socioculturales en los cuales acontece el consumo. Elegimos este enfoque al comprender que las personas pueden establecer distintas relaciones con las sustancias en el marco de una determinada organización social (Touzé 2010, 2015; Nowlis, 1975). Desde una perspectiva interseccional, consideramos, asimismo, que existe una yuxtaposición de vulnerabilidades cuando una persona con consumos problemáticos atraviesa también una situación de pobreza. Poder dar cuenta de estas trayectorias singulares, como así también de las diversas situaciones de vulnerabilidad que las atraviesan, es sin duda un eje central de este trabajo.

Retomamos entonces el concepto de *trayectoria* dado su potencial para aproximarnos a las tramas e historias de vida que ubican diferentes accidentes topológicos en la historia de los sujetos, entendidos como sujetos históricos y sociales (Barrenengoa, 2020). Pensar en trayectorias permite concebir la problemática de consumo de las personas no como “carreras adictivas” -en tanto un pasaje irreversible entre el uso, abuso y dependencia a una sustancia-, sino como diferentes momentos en que las personas van variando sus patrones de consumo de acuerdo a múltiples situaciones vitales (Pawlowicz, Rossi y Touzé, 2006).

Al enfocar en las trayectorias terapéuticas, referimos un proceso vinculado al mantenimiento de la salud y al alivio de determinados síntomas, padecimientos y malestares que se inscriben en contextos más amplios dentro de los recorridos de vida de las personas y de sus redes de proximidad. En otras palabras, las trayectorias terapéuticas abarcan un conjunto variado de recursos que involucran experiencias, saberes, prácticas y modalidades de atención y cuidados diversos (Menéndez, 2005). Es por ello que elegimos un enfoque cualitativo de investigación, basado en la entrevista en profundidad como principal herramienta metodológica, a fin de recuperar la riqueza que se encuentra en la diversidad de miradas y palabras que los propios entrevistados refieren a la hora de enunciar y resignificar sus trayectorias terapéuticas y de vida. En definitiva, para poder complejizar la tríada entre sujeto, sustancia y contexto, que subyace a toda situación de consumo.

En consonancia con lo anterior, este proyecto buscó reponer una mirada amplia de las trayectorias, enfocándose en aquellas estrategias que hayan sido significativas. Nos referimos a todas aquellas acciones que las personas realizan para transformar su relación con la sustancia y con su contexto o simplemente reducir algún o algunos de sus efectos, de sus daños. Estas estrategias no se restringen al cumplimiento de las indicaciones médicas, sino que, por el contrario, abarcan todas aquellas instancias donde la persona lleva adelante una práctica deliberada para mejorar su situación de salud, incluyendo: el trabajo con pares, con sus entramados relacionales o con profesionales no especialistas,

entre otras. Allí, Minond, Embil y Rouan (2020), al analizar el abordaje de los consumos desde la perspectiva de los y las profesionales de la salud en un hospital, incluyen dentro de las estrategias terapéuticas: “las indicaciones terapéuticas a nivel individual, familiar, grupal, institucional e intersectorial; el lugar otorgado a las decisiones de cada persona en el tratamiento; el trabajo con las pautas de cuidado; las estrategias implementadas en momentos agudos de la trayectoria; la conceptualización respecto al alta del tratamiento y la referencia de cada persona a la institución” (Allí, Minond, Embil y Rouan, 2020, p.5).

Dentro de los espacios terapéuticos a los que acuden las personas en situación de consumos problemáticos, no sólo se encuentran los centros de salud y los hospitales sino también los dispositivos comunitarios. Siguiendo a Fraire (2002), un dispositivo con intervención comunitaria tiene como propósito que los y las integrantes de una comunidad puedan operar un cambio en su entorno social inmediato y entre sí. Implica un diálogo entre saberes y medios sociales para el reconocimiento y fortalecimiento de los elementos productivos, positivos y constructivos de la comunidad, como así también para la superación de los obstáculos que se presentan.

Los dispositivos comunitarios se enmarcan en la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657, sancionada en 2010, la cual promueve la sustitución de las instituciones hospitalarias psiquiátricas por una red de atención y cuidado de la salud mental cuya base sea esencialmente comunitaria y en defensa de los derechos humanos de las personas usuarias y sus familiares o vínculos significativos. El estudio de las experiencias de las personas que acceden a este tipo de dispositivos puede ser un valioso insumo en el diseño y planificación de políticas públicas desde las trayectorias de los sujetos y desde las intervenciones que les resultan significativas. Asimismo, reflexionar sobre los condicionantes y entramados sociales de los sujetos podría aportar una mirada integral al abordaje de los consumos, como así también de los espacios de atención y acompañamiento.

El fortalecimiento de este primer nivel de atención sigue siendo un trabajo impostergable para poder garantizar la accesibilidad a los tratamientos, como así

también una adecuada respuesta por parte de los dispositivos, con herramientas acordes a los apoyos y seguimientos que las personas usuarias requieren para transitar trayectorias terapéuticas lo más satisfactorias posible.

Objetivos y aspectos metodológicos

Objetivo General

Conocer las trayectorias terapéuticas de personas con consumo de sustancias psicoactivas, que transitaron por dispositivos comunitarios de la ciudad de Neuquén, Zapala y Chos Malal durante los últimos 2 años.

Objetivos específicos

1. Indagar acerca de los quiebres biográficos y trayectorias de consumo de personas con consumo de sustancias psicoactivas que acuden a dispositivos comunitarios.
2. Identificar el papel de los entramados relacionales en las trayectorias terapéuticas de las personas, en cuanto a sus pares, familia, amigos/as y referentes terapéuticos.
3. Reconocer las estrategias terapéuticas más significativas para las personas que abordan sus problemas de consumo de sustancias psicoactivas en dispositivos comunitarios.

Aspectos metodológicos

El estudio fue de tipo exploratorio - descriptivo y correspondió a un diseño cualitativo y transversal. La muestra fue no probabilística por conveniencia, es decir, no fue aleatoria sino intencional en base a la viabilidad de acceso a los entrevistados. Esta viabilidad estuvo garantizada a partir del contacto y articulaciones previas que se tuvieron con los y las referentes de los dispositivos. Se realizaron veintidós entrevistas en profundidad a varones cisgénero de entre 23 y 70 años.

Los criterios de inclusión de la muestra fueron que las personas sean mayores de edad y que hayan transitado por algún dispositivo comunitario que aborde el consumo de sustancias psicoactivas entre 2020 y 2022 en la Provincia del Neuquén. Respecto a los criterios de exclusión, fueron: que sean menores de 18 años, no haber concurrido a dispositivos comunitarios, no querer participar en el estudio, estar desorientados en tiempo y espacio o no estar en condiciones psíquicas y/o emocionales según el criterio de los o las referentes del dispositivo.

Se buscó que la distribución muestral sea por cuotas, repartida de forma medianamente equitativa entre quienes asisten y/o asistieron a dispositivos ubicados en el interior de la provincia (13), y la capital (9). Para facilitar el acceso y vínculo con la población de estudio, se articuló con dispositivos comunitarios de tres localidades de la provincia: Ciudad de Neuquén, Zapala y Chos Malal.

Las entrevistas duraron en promedio 45 minutos cada una y se trabajó con una guía de pautas abierta y flexible que abordó las siguientes dimensiones:

- Representaciones acerca de las estrategias terapéuticas.
- Motivaciones y expectativas de la persona sobre el tratamiento.
- Accesibilidad a espacios de atención y acompañamiento.
- Rol de los vínculos afectivos durante los tratamientos.
- Trayectoria de consumo.

Durante la entrevista, con la finalidad de organizar la información obtenida a partir de los relatos, se utilizó como estrategia una línea de tiempo. En ella se ubicaron cronológicamente los distintos momentos de la trayectoria de consumo, haciendo hincapié en los quiebres biográficos de la persona y los dispositivos por los que transitó. Las entrevistas fueron presenciales, y se realizaron en espacios dentro de los dispositivos comunitarios, en los que fuese posible garantizar la privacidad y resguardo de la persona.

En consonancia con las premisas de la teoría fundamentada de Glasser y Strauss (1967) y Corbin y Strauss (2002), que sostienen el método de investigación

cuantitativo implementado en esta oportunidad, a medida que se fueron realizando las primeras entrevistas en profundidad comenzó también el análisis comparativo de los datos y su codificación. Esto permitió construir un primer escenario teórico y delimitar el trabajo de campo en veintidós entrevistas finales, una vez que se alcanzó la saturación teórica de las categorías analizadas. En otras palabras, el trabajo de campo se construyó en simultáneo al análisis y la codificación de los datos recopilados, lo que permitió establecer el momento de finalización de las entrevistas cuando se agotaron las variabilidades de las categorías y subcategorías, y sus posibles relaciones entre las mismas, muchas de ellas surgidas a partir de las primeras entrevistas.

El análisis de datos se realizó a partir de la desgrabación y codificación de las entrevistas, y de la sistematización de las notas de campo de las y los investigadores. Se implementaron técnicas de análisis de contenido, entendido como “un conjunto de técnicas de análisis de comunicación que apuntan a obtener, a través de procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes, indicadores (cuantitativos o no) que permitan la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción de estos mensajes” (Bardin, 1979, p. 42, citado por Souza Minayo 2009). En línea con los objetivos del estudio, se optó por una modalidad de análisis temático, el cual implica, siguiendo a Souza Minayo (2009), descubrir núcleos de sentido que componen una comunicación, cuya presencia resulte relevante al análisis. Para ello se realizó un análisis de las categorías principales, y de las subcategorías y códigos que se desprendieron de las mismas.

Consideraciones éticas

Este estudio se apegó a lo señalado por de las normas legales y éticas internacionales, nacionales y provinciales: Código de Núremberg; 1947, Declaración de Helsinki, AMM / 1964 y sus enmiendas y modificaciones; Pautas Éticas Internacionales para Investigaciones relacionadas con la salud con seres humanos CIOMS 2016; Guías Operacionales para Comités de Ética que evalúan protocolos / OMS 2000; Declaración de Derechos Humanos y Bioética UNESCO 2005; Ley 2207 y Decreto 3735/97 de la Provincia del Neuquén. Fue evaluado y

aprobado por la Comisión Asesora en Investigación Biomédica en Seres Humanos (CAIBSH).

Antes de realizar la entrevista, se ofreció una explicación acerca del proyecto de investigación y de la forma de participación conforme al procedimiento de Consentimiento Informado. Se brindó una hoja de información y se solicitó la firma del consentimiento. El tratamiento de los datos se realizó bajo la Ley 25.326 y el Decreto 1558/2001 de Protección de Datos Personales.

Caracterización sociodemográfica de la población

La muestra seleccionada estuvo compuesta por 22 personas autopercebidas como varones. Si bien se intentó incluir mujeres y personas de género no binario, los y las referentes de los dispositivos comunitarios -a los cuales asistieron los entrevistados durante los últimos dos años- refirieron que la población que acude es mayoritariamente masculina. Si bien la modalidad de los espacios comunitarios es diferentes a la residencial, dicha situación coincide con lo publicado en el Estudio Nacional sobre Perfiles de Pacientes en Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas realizado por Sedronar en 2019: “La población que se encuentra bajo tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en dispositivos de modalidad residencial de todo el país es principalmente masculina y adulta.” (Sedronar, 2019: p. 6).

Es conocido que los espacios terapéuticos son ocupados por varones en su gran mayoría (Jeifetz y Tajer, 2010). Las causas de esta situación pueden radicar en que las formas de consumo están diferenciadas según género. Mientras el consumo de sustancias psicoactivas en varones es una práctica social, pública y muchas veces legitimada, en el caso de las mujeres carga con prejuicios sociales que empujan a una práctica solitaria y oculta del resto de las personas (García, 2002). Estudios como el de Bello y Col (2008) encontraron que los hombres tienen mayor probabilidad de solicitar servicios de atención en comparación con las mujeres, quienes enfrentan obstáculos de tipo cultural o familiar, a los que muchas veces se agregan otros propios de la dinámica y organización de los servicios.

El rango etario de los entrevistados fue desde los 23 a los 70 años, con una media de 39,5 años. En cuanto al nivel máximo de estudio alcanzado, ocho completaron la primaria, cinco completaron la secundaria, cuatro tiene secundaria incompleta y tres tienen primaria incompleta. Uno de los entrevistados refirió tener estudios terciarios incompletos y uno manifestó no contar con estudios formales.

Respecto a la situación laboral, la mayoría (12) realizaba trabajos informales, cuatro se encontraban desempleados y el resto trabajaba de manera autónoma (3) y en relación de dependencia (3).

En cuanto a la localización geográfica, nueve integrantes de la muestra residían en la ciudad de Neuquén, ocho en Zapala y cinco en Chos Malal. Es relevante mencionar que las tres localidades presentan características sociodemográficas bien diferenciadas. El norte neuquino, cuya ciudad cabecera es Chos Malal, se caracteriza por la presencia de la trashumancia, una práctica agropecuaria que conlleva movimientos estacionales entre las unidades de producción, ubicadas en zonas rurales y las de residencia, propias del área urbana. Este tipo de actividad se lleva a cabo principalmente por los varones de un grupo familiar y se asocia con dinámicas vinculares de separación temporal (Steimbregger, 1999). Por su parte, la ciudad de Zapala, ubicada en el centro de la provincia, comparte con el norte neuquino la presencia de actividades trashumantes (sobre todo en áreas rurales cercanas) y con la ciudad de Neuquén actividades principalmente urbanas.

En el caso de los dispositivos comunitarios a los cuales asistieron y/o asisten las personas entrevistadas en este estudio, ubicados en tres localidades distintas de la provincia, se observa que sus proyectos institucionales están orientados a la prevención y promoción de la salud a partir de espacios de construcción colectiva. Las formas de abordaje de los consumos son heterogéneas, desde espacios grupales de atención coordinados por operadores, como espacios individuales con psicólogos/as y/o trabajadores/as sociales. También se realizan talleres, huertas comunitarias, murgas, a su vez cuentan con comedores y/o dispositivos residenciales para los usuarios.

Mapa N° 1. Localidades donde se realizó el trabajo de campo.



Fuente: Elaboración propia

Algunos hallazgos

a. Quiebres biográficos y trayectorias de consumo

Trayectorias de consumo

Desde una perspectiva relacional de los consumos problemáticos, que coloca en el centro del análisis a los sujetos, en su vinculación con la sustancia y en un determinado contexto singular (Touzé, 2010; 2015), podemos situar el inicio de los usos de sustancias psicoactivas en trayectorias vitales y contextos socioeconómicos más amplios. Las coordenadas de inicio en los consumos que más se reiteraron fueron a los 13 años de edad, en el barrio o en “la esquina”; constituyéndose en espacios significativos de socialización para “la salida” de las infancias, y en especial para aquellos que crecieron en ámbitos urbanos, o urbano-rurales, donde los vínculos primarios tejieron redes de sostén, y en algún momento también, de iniciación en el consumo.

- L: “A los 13 años empecé a consumir (...) Yo estaba todo el tiempo solo. Vivíamos con mi mamá, mi papá no estaba, entonces mi mamá trabajaba todo el día para darnos la comida a nosotros. Con los vecinos nos criamos juntos. Íbamos al jardín, después a la escuela y de la escuela a la esquina y ahí seguimos. Pero llegó una etapa de ´vamos a probar esto´, nos tomamos un vino y ya empezaron a aparecer otras cosas como la marihuana, las pastillas y bueno, fueron quedando ahí, me fui quedando ahí”. (L., comunicación personal, 48 años)¹

Se observa una variabilidad en la interpretación que las personas hacen de este pasado en relación al inicio de los consumos. Si bien algunos entrevistados encontraron en situaciones traumáticas de sus infancias un antecedente importante, otros plantearon una clara diferenciación de ambos momentos vitales. En otras palabras, encontraron un sentido más significativo para el inicio de los consumos en la “responsabilidad individual” o en situaciones de vida más actuales, donde las representaciones culpabilizantes cobran también mayor vigor.

¹ Criterio utilizado para anonimizar a las personas según las normas APA.

- F: *“Mi viejo que le daba al chupi, y bueno, mi vieja se escondía atrás de los Valium para más o menos pasar un poco... pasar los días, no sé. Nunca me he tomado ni un Valium. Es más, mi vieja... se culpan ellos. Pero yo no, digo que la culpa fue de uno”.* (F., comunicación personal, 48 años)

- C: *“Pero mi tema es un poco más complejo ¿viste? Porque yo a veces me he drogado porque me gusta. Porque es rica la droga, es así, no es que me he drogado porque me ha faltado algo; a veces la gente cae en pozos de necesidad y busca la droga, pero en mi caso no”.* (C., comunicación personal, 36 años)

- S: *“Yo no tenía necesidad de ser así. Por ahí me ponía a pensar ¿tanta mala suerte puedo tener? Pero nunca le eché la culpa a lo que me pasó en la vida para agarrar la droga, las adicciones, no”.* (S., comunicación personal, 28 años)

A la pérdida del núcleo familiar conviviente suele acontecer luego, o de manera simultánea, la expulsión también de los espacios de pertenencia social más amplios, como así también de los ámbitos educativos y laborales. Se observa que estas situaciones facilitaron la agudización de la trayectoria de consumo, hasta llegar, inclusive, a situaciones límites con la muerte - por la extrema precarización de la vida-; la realización de hechos delictivos o quedar en situación de calle.

- E: *“El consumo era un escape, empecé con un amigo, era de drogarse. Yo empecé con todo junto. Me perdí, deje que se vaya todo a la mierda, ahí empecé a consumir, fumar marihuana y cocaína, al principio era todo divertido ¡Pum!;Pam! Dejé el laburo, me perdí. Pensé que a los 24 años me iba a morir”* (E., comunicación personal, 33 años)

- E: *“Un día me encuentra mi mamá, que entra por la casa de atrás de la mía. Estaba solo, ya me había separado. Hacía siete días que estaba consumiendo cocaína. Estaba muerto en vida, con un delirio en la cabeza. Tenía un chaleco antibalas puesto, un arma arriba de la mesa, llena de latas de cerveza, paquetes de cigarrillo, con un handy, para escuchar a los de la Comisaría. Pensaba que iban a venir y me iba a cagar a tiros con la Policía. Iba a ser el fin para mí, porque me iban a terminar matando”* (E., comunicación personal, 37 años)



Resulta importante destacar asimismo el rol de los contextos de encierro en la intensificación de la cantidad y frecuencia del consumo. La vida en instituciones como la cárcel o el servicio militar obligatorio, donde los entrevistados atravesaron largos períodos de tiempo alejados de sus vínculos primarios y en una convivencia excluyente con otros varones, resultaron ser contextos propicios para la agudización de los consumos en algunos casos. Las experiencias relatadas permiten inferir un contexto dentro de la institución donde la construcción de las masculinidades fue, cuanto menos, un proceso de gran complejidad y compromiso para la subjetividad de los entrevistados.

- E: *“¿Hubo alguna situación que haya motivado ese consumo?”*

- M: *“Sí, el Ejército. Estuve 10 años en el Ejército (...) Después me quedé de voluntario hasta los 28. En el ejército se toma. Sí. Es cultural, el que no toma es un cagón, un blando. No se la banca ahí. Ahí comencé. Por ahí estábamos entre cuatro en las guardias y llegamos a tomar 20 litros de vino una vez y al otro día seguíamos trabajando. No es que te ibas a tu casa, ¿viste?”* (M., comunicación personal, 47 años)

- N: *“Ahí adentro de la cárcel empecé con el consumo, con lo que las visitas de mis amigos les llevaban. Y yo cuando salí de ahí ya salí con consumición.”*

- E: *¿Qué te llevaba a consumir?”*

- N: *“Porque la soledad, el pensamiento, el saber que no está tu familia. Mi familia no estuvo nunca, no estuvo nunca”* (N., comunicación personal, 46 años)

- E: *“En la cárcel estaba arrepentido de lo que había hecho el primer momento, nada más. Ya después cuando me fui acomodando adentro tenía más contactos, guardias que me llevaban la droga. Conocen a la gente afuera y sino bueno, vos ubicás a la familia y le decís: Mirá, vas a tener que entrar esto porque sino va a pasar esto. Siempre se llevan su tajada, pero no es ningún inconveniente conseguir cualquier consumo dentro de la cárcel”.* (E., comunicación personal, 35 años)

Quiebres biográficos

Precarización económica, social y territorial de los hogares, lazos familiares violentos, experiencias traumáticas en los primeros años de vida, situaciones de consumo problemático de sustancias en los/as adultos/as responsables o pérdidas repentinas y tempranas de los/as mismos/as o separaciones fueron los principales puntos de inflexión recuperados. Estas situaciones se observan en casi todas las entrevistas, con matices y frecuencias diferenciadas, pero sin distinción de la procedencia geográfica o social de los entrevistados.

-A.: “Yo empecé a consumir a los 12 años cuando murió mi hermano. Yo sufrí violencia familiar desde chico, toda mi vida. Mi viejo nos vivía maltratando. Mi hermano Z., el primero que falleció, era como la figura paterna, nos cuidaba. A mi viejo no le importaba, le decía a Z.: ‘Vení a cuidar a tus hermanos más chicos’. Y le decía a mi vieja: ‘Vení vamos’. Ella tenía que hacer lo que él decía (...) Salía, se iba a comer a lo de los amigos, llegaba en pedo.

-E.: ¿Él tenía problemas de consumo?.

-A.: Sí de alcohol, él siempre dijo que nunca se drogó, pero era super violento mal. La casa era un cuadradito más chico que esto, con chuchetas. Mi viejo tomaba whisky, con mi vieja al lado, y decía: ‘Esos pendejos son una mierda’. Yo me acuerdo que lloraba en silencio contra la pared, y lo escuchaba llorar a mi hermano también. Después falleció” (A., comunicación personal, 33 años)

- E: “Hubo algo que me marcó de muy chico, un abuso, y bueno, eso que me marcó hizo que a los 13, 14 años, me juntara con los pibes de la esquina a drogarme. Era tanto el dolor que sentía que empecé a drogarme de una manera terrible” (E., comunicación personal, 35 años)

Se observa una correspondencia entre la precarización de las condiciones económicas y sociales que configuran los contextos de vida de los sujetos, y los quiebres biográficos en las trayectorias de vida y de consumos de los mismos. Esta yuxtaposición de situaciones de vulnerabilidad debilitaron las posibilidades de sostén y acompañamiento en los grupos familiares donde transcurrieron las infancias de los entrevistados. Se observa, en particular, la ausencia de la figura paterna representando para muchos un referente adulto.



“- H: Llegué hasta séptimo grado por el tema de que tuve una infancia media complicada ¿viste? El primer día que yo empecé el secundario, ese primer día falleció mi papá, así que se me puso medio cuesta arriba el tema de la escuela, porque mi papá para mi era todo. Después a los 14 empiezo a tomar alcohol, fumar cigarro y ya después con la cocaína” (H., comunicación personal, 28 años).

“- E: ¿Vivían en el campo?

- M: Sí, sí, mi papá tenía un puesto, bueno, yo en ese tiempo conocí a mi papá, tenía 13 años, después falleció. Yo le preguntaba a mi mamá quién era mi papá. Cuando yo lo conocí él había estado preso. Salió y nos fue a ver a mi y a mis hermanos, pero yo ya andaba en otra cosa. Con el tema del consumo me preguntaba: ¿dónde estará mi papá? ¿Quién será mi papá?” (M., comunicación personal, 48 años)

Sobre el terreno inestable de las trayectorias vitales antes descriptas, comienzan a asentarse ahora renovados desafíos que la institución familiar requiere para su reproducción: el mantenimiento de un hogar en común, el nacimiento de los/as hijos/as, el sostenimiento de la salud, la alimentación y la escolarización.

En los comienzos de los nuevos vínculos de pareja, los episodios agudos de consumo, las ausencias y las sobredosis de los entrevistados parecían encontrar, en algunos casos, una instancia de contención. Sin embargo, a medida que los nuevos grupos familiares y sus dinámicas vinculares se amplían y complejizan, y que los consumos problemáticos de los varones entrevistados también se intensifican, se incrementa la conflictividad en la convivencia cotidiana que lleva, muchas veces, a la separación del núcleo familiar.

- L: “El punto de quiebre fue por una bolsa de pañal. Me mandaron a comprar pañal y volví al otro día. Y me dijo que adónde me había quedado, que seguro que tenía otra. Pero le digo: ‘No, cómo voy a tener otra, me quedé tomando, no te voy a mentir. Estoy en pedo ¿No te das cuenta?’ . ‘Con eso no arreglamos nada, te vas a tener que ir. O te vas vos, o me voy yo’, me dice. ‘No, cómo te vas a ir, sos mi mujer, cómo te vas a quedar dando vueltas’ le contesté. ‘Bueno, entonces te vas vos’. Y me fui” (L., comunicación personal, 46 años)



Asimismo, estas historias refieren a lazos sociales que han sido frágiles, tanto por sus vínculos primarios como la familia, como por instituciones que no pudieron contenerlos. Se infiere de los relatos una situación de desamparo en los momentos donde los lazos son débiles.

- D: “Yo salgo de esa recuperación y a los dos días me escapo de lo de mi vieja y vuelvo a consumir. Ahí cuando vuelvo a consumir le escribo y le dije: ‘Mira má, me quedé en lo de tal y lo de tal, me lo crucé en la calle, no me aguanté las ganas’; ‘No, listo ya ni vuelvas’, me dice (...) Así que me quedé en la calle, me quedé en situación de calle, estuve dos días en la calle. Un día dormí en el hospital pero en la guardia digamos, ahí en sala de espera, otro día dormí en el parque, decí que no hacía tanto frío” (D., comunicación personal, 23 años)

b. Entramado relacional y trayectorias terapéuticas

Entramado relacional

Hasta aquí podemos observar cómo la mayoría de las personas entrevistadas refirieron una ruptura y/o desintegración de sus vínculos afectivos primarios y secundarios en algún momento de su historia, situaciones que se profundizaron en los momentos agudos de consumo. En este apartado nos proponemos pensar acerca de la función de sus entramados relacionales tanto en las trayectorias vitales como terapéuticas.

En los testimonios sobre sus vínculos es posible identificar la distinción que algunos entrevistados hacen entre las personas asociadas “al mundo de la droga” y “quienes no pertenecen a ese mundo”. En el caso de los compañeros de consumo, los vínculos son sostenidos efímeramente por la experiencia de consumo. En este sentido, en la narrativa de los entrevistados aparece la necesidad de cortar el vínculo con “los amigos de la droga” en determinados momentos de sus trayectorias terapéuticas.

- S: “Y agarré mi mochila y me fui. No miré para atrás y me fui. Ya antes no tenía mucho contacto con ellos. Sí iba al barrio a



comprar marihuana, a preguntar como estaban, a ver si podía dar una mano. Hasta que llegué a un punto que dije basta, no voy más para allá, a mi barrio, a donde yo me crié, a donde yo empecé con toda la cosa. Ya agarré, estuve 2 años y no, no aguanto más, me voy” (S., comunicación personal, 45 años)

- J: “Las últimas amistades que tuve, ´amistades´, porque no eran amigos de verdad, era gente del círculo de la droga, o yo creí que eran mis amigos, pero estaban conmigo porque consumíamos juntos (...) Apenas entré al hospital a desintoxicarme rompí el chip y puse un chip nuevo en el celu (...) Borré todas las redes sociales, me hice sólo un Facebook, con mi nombre, y cambié de número. Así que toda esa gente es como que la tiré a la basura, por así decirlo, la sepulté” (J., comunicación personal, 31 años)

No obstante, dentro de los “vínculos de la droga”, entendiéndose como aquellos grupos de pares con los que las personas se encuentran en el consumo, no sólo se producen situaciones de consumo de sustancias psicoactivas, sino también, en algunas circunstancias, prácticas de protección y cuidado, encontrando aliados para transitar o superar situaciones de crisis:

- V: “Gracias a Dios que me mandó porque yo tengo mi amigo Camilo que es el que yo le contaba, él la semana pasada... Él me llevó al hospital. Éramos más de diez personas que estábamos en una panadería tomando y fue el único que me llevó al hospital y por eso le estoy agradecido y él también está agradecido conmigo porque ahora está re bien me dijo” (V., comunicación personal, 42 años)

Al consultarles sobre qué los motivó a cambiar su relación con el consumo o a iniciar tratamiento, uno de los principales puntos en común que se manifestaron en los testimonios es la expresión o el deseo de querer “cambiar de vida”, siendo lo que impulsó al acercamiento y lo que propició a sostener la permanencia en los espacios de atención y acompañamiento comunitario. Por “cambio de vida” los entrevistados refirieron la posibilidad de mejorar sus condiciones físicas, la construcción de hábitos saludables, recuperar o restablecer los vínculos familiares y/o afectivos y la construcción de un proyecto de vida que hasta el



momento se vieron interrumpidos o afectados por las situaciones de consumo. Estos deseos de cambiar se encuentran en relación a la mirada o la posibilidad de pérdida de un/a otro/a significativo/a.

- M: *“Me conocí con una chica y quería cambiar un poco mi vida porque estaba todo los días en pedo². Así que para mostrarle que quería cambiar, tuve que venir acá”* (M., comunicación personal, 47 años)
- A: *“Cuando se empezó a agravar la situación ahí sí me acerqué por mi voluntad, porque yo no quería seguir así (...) Cuando casi perdí a mi familia, ahí... dije ya no da para más, mi familia ya estaba cansada, así que no, decidí tratarme por mi cuenta”* (A., comunicación personal, 30 años)
- D: *“Cuando me cayó la ficha fue por mis hijos, porque pensé que iban a tener un padre muerto o un padre encanado³ toda la vida. Qué quería realmente para ellos, si quería estar realmente con ellos o no. Fue terrible el proceso de un año sin ellos”* (D, comunicación personal, 37 años).
- S.: *“Yo quiero que ellos realmente crean que estoy bien, y poder salir”*. (S, comunicación personal, 28 años).

Los vínculos de las personas, sean aquellos que han quedado atrás, aquellos que acompañan durante los tratamientos o aquellos lazos que intentan (re) construir, marcan las trayectorias tanto de consumo como terapéuticas de los sujetos.

- D: *“Me encuentro mucho más adelante con mi mamá quebrada, ella me pide iniciar un tratamiento, a los 20 o 21 años volví a mi casa”* (D., comunicación personal, 37 años)
- E: *“Yo tomé la decisión porque mi familia estaba sufriendo mucho conmigo. Yo no soy perfecto, me he equivocado mucho con estos vicios que me generaron discusiones, peleas con mi familia y en un momento mi familia ya no me quería ver más.*

² Del lunfardo. Alcoholizado.

³Del lunfardo. “Encanado” significa encarcelado.

Entonces dije, voy a tomar la decisión de entrar a una fundación de adicciones (E, comunicación personal, 33 años).

- C. "(...) he logrado reconstruir, recomponer mi relación con mi hijo en estos últimos dos años, después de salir del proceso que hago. Nuevamente conectar con mi hijo, y no con palabras sino con acciones. Con hechos concretos demostrando mi cambio radical que pude hacer en mi vida" (C., comunicación personal, 29 años).

En el marco de los espacios de atención y acompañamiento de los dispositivos comunitarios, se identifica en el relato de los entrevistados, intentos de construir y ocupar un lugar distinto dentro de la estructura social. Pasan a ver, mirarse, reconocerse, nombrarse y, a la vez, a ser mirados y reconocidos desde otro lugar en donde el consumo pasa a otro plano. Esta construcción, posibilitada por los lazos que establecen y los roles que van ocupando dentro de las instituciones a las que asisten, favorecen un proceso de subjetivación.

En esa dirección, Mauricio Berger recupera la idea que Maria Epele desarrolla en "Sujetar por la herida, una etnografía sobre drogas, pobreza y salud" sobre los "modos de sujeción y de una reapropiación de formas de subjetivación alternativas -y antagonistas- a aquellas que los procesos económicos y políticos macrosociales pretenden trazar" (Berger, 2011; p.187). Y también culturales, podríamos agregar, que atraviesan a las personas en situación de consumo. Existen numerosos trabajos que dan cuenta de que en nuestra cultura existe una construcción social cargada de valoraciones negativas sobre las personas que están en situación de consumo. Los estereotipos y las representaciones sociales existentes generan rechazo, expulsión y segregación objetivando a quienes presentan un consumo problemático.

- L: "Cuando vos tomás nadie te entiende. No sos. La sociedad no está preparada. O sea, no sabe la sociedad que el que toma es una persona enferma, entonces hay mucha discriminación y acá es un poco como que hablás en un mismo idioma". (L., comunicación personal, 47 años)



- M: *“Somos muy discriminados por la sociedad, si no hay oportunidades hacia esa persona. A veces ves que hay personas inteligentes con un pasado, con una trayectoria y que pueden ser muy buenas personas. Así que no... y de hecho te puedo hablar de mi persona. Hay mucha gente sorprendida, no cree que yo estoy así como estoy hoy más recuperado”* (M., comunicación personal, 47 años)

Experiencias terapéuticas significativas

Dentro de las trayectorias terapéuticas de las personas con una problemática de consumo, cobran relevancia las estrategias que posibilitan un cambio en la relación que establece el sujeto con la sustancia y su entorno. Éstas estrategias no refieren sólo a las indicaciones médicas sino que, tal como se mencionó al inicio de éste informe, abarcan todas las acciones e instancias donde la persona lleva adelante una práctica deliberada para mejorar su situación de salud integral, incluyendo el trabajo con pares, con sus entramados relacionales o con profesionales no especialistas.

Uno de los aspectos recurrentes que se identifican en las narrativas de los entrevistados es el sentido de pertenencia que cada uno encuentra en los dispositivos comunitarios constituyéndose en un lugar de referencia al cual recurren en los momentos que buscan contención. La mayoría de los concurrentes no residen en las instituciones y muchos de ellos se acercan en los momentos que lo “necesitan” y otros, luego de haber concurrido regularmente durante un período de tiempo, continúan vinculados a la institución participando de algunas actividades específicas.

- F: *“Me empecé a sentir bien acá, me empecé a sentir bien con los compañeros, me integré muy rápido al grupo (...) ´X. ´Me miró a los ojos y me dice: ´Quedate ´. ´Vos sos uno de nosotros, te vas a mejorar acá, quedate ´ y así fue. Acá voy a estar resguardado como en una capsulita”* (F., comunicación personal, 31 años)

- G: *“Conocí a la institución y sé que se tratan los problemas del consumo. Es una forma de buscar la terapia, de no estar solo, de tener un lugar dónde estar... Es más que una contención porque yo vivo solo, o sea no me visita nadie”* (G., comunicación personal, 47 años)

Además del sentido de pertenencia, las personas consideran a su grupo de pares y los/las referentes institucionales (directivos/as, profesionales y operadores/as) como una familia, en la que se van gestando relaciones afectivas basadas en la escucha, la contención y el cuidado.

- M: *“Se arma como una familia porque terminás queriendo a los muchachos. A veces es tan doloroso cuando tu compañero cae ¿viste? Porque decís ¿de qué valió el esfuerzo que hiciste? Mi deseo es el de superación, de decir que yo pude, que el otro compañero pueda. Yo por ahí hablo con ellos y les digo: ‘Che te dan la comida acá, no pagas luz, estás calentito, tenés donde bañarte. Querés un alquiler, te lo pagan. Querés aprender algo, está. ¿Qué pasa que no lo aprovechás?’ . No cualquiera tiene esta oportunidad y por ahí yo como que estoy comprometido a que ellos tienen que salir así como yo pude, esa es mi tarea para mí”* (M., comunicación personal, 47 años).

- S. *“Yo soy cocinero de acá. Me gusta cocinar, es mi fuerte. Me encanta cocinar. Ahí conocí a mucha gente que ya son amigos para mí. Son mi segunda familia los chicos de acá. Todos los que están ahí. No distingo porque son todos amigos. Y somos una familia. Me gusta porque estoy bien en vínculo. Me siento cómodo”* (S., comunicación personal, 36 años).

Algunos relataron el modo en el que llegaron a los espacios y resaltaron la importancia del rol de los referentes institucionales, los cuales fueron a buscarlos en los momentos en los que estaban en situación de calle. Ese primer contacto facilitó el acercamiento y el acceso a los espacios de atención y acompañamiento.

- E. *“¿que te llevó a venir acá? ¿Cómo te enteraste?”*
- C.: *Me encontró “X” (nombre de la referente institucional)*
- E.: *¿dónde te encontró?*
- C.: *En el Hospital (...) Cuando vivía ahí”.* (E., comunicación personal, 42 años).

La insistencia en los testimonios sobre el deseo de “ayudar a los compañeros”, o el proyecto de “ser operador” o “acompañante terapéutico” son sólo algunas de las expresiones que dan cuenta de las motivaciones de los entrevistados a sostener y permanecer en los espacios.

- S: *“Tengo pensado, ya que tanto necesito un espacio, de poder ayudarlos, como en su momento me quisieron dejar laborando acá como operador”* (S., comunicación personal, 36 años)

- P: *“Una cosa que me motiva es hacer cosas por los muchachos. Porque yo salí, ellos también pueden”* (P., comunicación personal, 47 años)

- D: *“Me di cuenta de que para ayudar a los demás tenía que estar bien yo primero, sino no iba a ayudar a nadie”* (D., comunicación personal, 23 años)

Otras experiencias significativas que impulsaron un cambio en varios de los entrevistados en relación a sus consumos están vinculadas a la espiritualidad y/o a la existencia de creencias religiosas. Muchos de ellos reconocen en dichas experiencias la incidencia en sus formas de relacionarse con las sustancias y con su entorno.

- S: *“Y ahí hice el tratamiento durante un año con tres pilares: la convivencia, la espiritualidad y el trabajo. Me logran entrar balas en mi cabeza y puedo hacer un cambio de vida radical, en ese lugar que pensé que iba a estar dos o tres meses. Por primera vez en mi vida logro terminar algo”* (S., comunicación personal, 37 años)

- G: *“Creo que el vacío más grande que puede tener el ser humano es no creer en nada. No sé, te pongo esta cuchara (toma una cuchara de té), bueno, creo en la cuchara. Pero creés en algo. Si no hubiese tenido fe no lo habría logrado”* (G., comunicación personal, 35 años)

En algunos relatos se puede ubicar la valoración sobre la existencia de reglas institucionales las cuales organizan la cotidianeidad y la construcción de hábitos saludables:

- Z. *“(…) aprender a convivir de una manera normal, con una persona designada ahí adentro. Comía bien, dormía bien, trabajaba” (Z., comunicación personal, 45 años).*

Asimismo, en una de las instituciones utilizan un recurso al que llaman “hoja de ruta”. La misma consiste en que las personas que asisten al dispositivo van organizando semanalmente, junto con un operador terapéutico, las actividades que va a realizar. Van acordando y estableciendo objetivos a corto plazo a partir de las particularidades y el momento singular que transita cada persona en el espacio. La hoja de ruta se va modificando y reorganizando semanalmente. Éste recurso es valorado positivamente por algunos entrevistados, en tanto que además de organizar la cotidianeidad, los concurrentes son incluidos en la toma de decisiones sobre su proceso de tratamiento.

- A.: *“La hoja de ruta es una hoja semanal que tenes todas las actividades, desde las 8 de la mañana que se levantan acá hasta las 9 de la noche. El operador a cargo hacemos un pacto, yo respeto eso porque sería un tratamiento para que yo esté bien y ahí me ponen las actividades, no es que me dicen que hacer, sino que entre los dos nos ponemos de acuerdo para ver lo que podemos hacer. Siempre respetando lo que quiere el operador y el operador respetando lo que quiero o sea a mi y nunca me pueden cambiar las actividades de la hoja de ruta, es un pacto inquebrantable” (A., comunicación personal, 38 años).*

La existencia de espacios terapéuticos grupales y las terapias individuales (psicológicas y farmacológicas) son experiencias terapéuticas significativas para los concurrentes:

- J.: *“Mande un mensaje y me dijo: ´venite a los grupos´. Me vine, porque muchas veces uno por ahí se cree que está bien, o se las sabe todas, pero siempre hay algo que uno le está errando. Hay algo que vos le estas errando y no te das cuenta capaz, inconscientemente no te das cuenta”. (J., comunicación personal, 24 años).*



- S.: *“Me gusta estar más en el grupo. Me gusta más y compartir con la gente, charlar y opinar”* (S., comunicación personal, 29 años).
- M.: *“yo he tenido eh.. desde que salí de esta fundación hasta ahora si he tenido obstáculos, he recaído y bueno, pero como dije hace un rato, gracias a las psicólogas que tengo aca me ayudan”* (M., comunicación personal, 25 años).
- L.: *“Lorazepam a la mañana y risperidona a la noche para dormir. Así que este lugar está muy bien organizados”* (L., comunicación personal, 34 años).

La presencia de actividades sociales, culturales y socio-productivas son recursos que los entrevistados identifican como favorecedoras para un cambio en la calidad de vida. Dichas actividades, acompañadas de los otros recursos, por ejemplo los espacios terapéuticos, propició en mucho de los entrevistados la posibilidad de (re) pensarse desde otro lugar, en relación a sus vínculos y los intereses personas, pudiendo recuperar o construir un proyecto de vida que los mantiene deseantes y motivados a cambiar su relación con el consumo de sustancias psicoactivas.

- L. *“si siempre haciendo actividades acá, siempre vengo a hacer algo. Después me enganche en los tallercitos para hacer algo que a mi me guste o sea y a la vez poder ayudar a alguien, si yo me vos sintiendo bien, poder ayudar.... transmitir los conocimientos míos, cosas así y ayudar a la gente que más o menos esté pensando en otras cosas”* (L., comunicación personal, 22 años)
-
- V.: *“Mi proyecto es ponerme mi lavadero. Ponerme mi lavadero. Porque tengo mis dos hijos que quieren trabajar conmigo. Que yo les enseñé lo que hacen, ellos van y trabajan”* (V., comunicación personal, 30 años)
- S. *“Siento ganas de trabajar, ahora estoy estudiando un oficio (...) que después podría poner en práctica (...) El día de mañana, no se a fin de año, ponele, (...) yo quiero tener mi vida”*(N., comunicación personal, 24 años)

- C. *“(…) poder ir a un asado, no tener que pedirle permiso a nadie. Tener mi cosas, mis cositas, mi heladera, comprarme mi sommier, pero bueno para eso va a faltar mucho tiempo y yo se que esto recién empieza. Pero recién empieza y me siento re cambiado. La verdad que me siento re cambiado”* (C., comunicación personal, 24 años).

Por último, resulta importante considerar que las estrategias terapéuticas no fueron igualmente valoradas por todos los entrevistados, ni fueron igualmente beneficiosas en todos los momentos de sus vidas. En otras palabras, los abordajes que para algunos implicaron buenas experiencias, para otros resultaron ser todo lo contrario, e inclusive, un mismo recurso no siempre operó de igual manera para un mismo entrevistado. Esto nos devuelve al carácter situado y singular de las estrategias terapéuticas, donde las redes de apoyo y los vínculos afectivos conservan, sin embargo, una gran centralidad para los sujetos. Tal como se mencionó, en la mayoría de los entrevistados se observa que es en la relación con los/as otros/as donde encuentran la causa, el sostén y el sentido para cambiar sus situaciones de consumo, las cuales afectan sus relaciones con el entorno.

Conclusiones

A lo largo del informe se han abordado distintos ejes que, a partir del trabajo de campo, nos dejan algunos interrogantes. Partimos de pensar las desigualdades como operadores sociales, en tanto configuran e irrumpen en la construcción del lazo social de los sujetos. La precariedad de condiciones de vida materiales se yuxtaponen con la marca en la subjetividad que genera el abandono y las situaciones de violencia familiar, situaciones que son recurrentes en las biografías de los entrevistados.

A través de los relatos, se puede observar cierta relación entre la intensificación de los consumos problemáticos y la crisis en los espacios de socialización de los sujetos, principalmente de la familia, pero también de grupos de pares, del trabajo, del barrio u otras instituciones. En la medida que operan como espacios de contención y alojan los procesos de subjetivación de las personas, estos grupos de socialización permiten generar en los sujetos un sentido de

pertenencia, por lo que la eventual fragilidad de los vínculos repercute en la construcción de sus identidades.

Retomando a Ritterstein (2008) podemos aproximarnos a la idea de que el sujeto siempre necesita de un otro y resulta de la experiencia y vínculo que se establece con ese otro. El propio sujeto como tal emerge de un sistema vincular. En esta visión el ser humano se plantea como un sujeto de conocimiento porque se constituye a partir de una relación dialéctica en la que el sujeto y el mundo se modifican mutuamente.

En este sentido, las redes, los vínculos socio afectivos cobran gran relevancia en las trayectorias terapéuticas de los sujetos, en tanto promueven el acceso y sostén a los espacios de atención y acompañamiento, como también las decisiones que los propios sujetos toman para reducir los daños que implica el consumo problemático de sustancias.

Los relatos de los usuarios evocan al deseo de transformación, de cambiar sus vidas, y encuentran en el encuadre y las dinámicas de solidaridad del grupo una forma de terapia significativa. En ese escenario, los dispositivos comunitarios - caracterizados por el bajo umbral en el acceso a los espacios de acompañamiento y tratamiento- cobran, según lo referido por los entrevistados, un rol fundamental al momento de alojarlos. También la salida de los/las referentes institucionales que se acercan a los contextos y a las personas en situación de consumo tienden a ser estrategias que facilitan el acceso a los espacios de atención y la revinculación de la persona con los otros. Es decir, este acercamiento individual posibilita el lazo con los otros: otros espacios, otros sujetos, otros escenarios y la posibilidad de reconstruir los vínculos, transitar otras experiencias de cuidado y la construcción de proyectos personales.

Referencias bibliográficas

Barrenengoa, P. (2020). Subjetivación y trayectorias de consumos problemáticos juveniles. *Revista de Psicología*, 19(2), 2452. doi: 10.24215/2422572Xe053

Bendini y Steimbregger (2013): "Los crianceros en el norte de la Patagonia. Cambios productivos y laborales como formas de resistencia campesina". En Tripn, Kreiter y Bendin (comp): "Abordajes interdisciplinarios en los estudios agrarios. Desafíos de la investigación social en el norte de la Patagonia", Publifadecs, Neuquén.

Berger, M. (2011): "Reseña de Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud. María Epele". En: *Revista Latinoamericana de Sexualidad, Salud y Sociedad*, n.7, abril 2011, pp.181-187. ISSN 1984-6487.

Corbin, J. y Strauss, A. (2002). Bases de la investigación cualitativa, técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

Epele, M. (2008). Privatizando el cuidado. Desigualdad, intimidación y uso de drogas en el Gran Buenos Aires, Argentina. En: *Antípoda, Revista de Arqueología y Antropología*, Bogotá, 2008.

Fraire, R. M. (2002). Dispositivos para la intervención comunitaria y prácticas institucionales. *TRAMAS. Subjetividad y procesos sociales*, (18/19), 211-224.

Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine Publishing Company.

Menéndez, Eduardo L. (2005) El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Revista Salud Colectiva*, vol. 1, núm. 1, enero-abril, 2005, pp. 9- 32 Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/731/73110102.pdf>

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación (2010) Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Nowlis, Helen (1975). La verdad sobre la droga. Recuperado de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0001/000131/013163SB.pdf>

Pawlowicz, M.P., Galante, A., Rossi, D., Goltzman, P. y Touzé, G. (2014). Uso de drogas, padecimientos y trayectorias en las representaciones sociales de los especialistas. En *De la agencia social a la salud colectiva. Transitando un camino interdisciplinario junto a personas que viven con enfermedades crónicas*. Viedma (Argentina): Universidad Nacional de Río Negro.

Ritterstein, P. (2008). "Aprendizaje y Vínculo: una mirada sobre el aprendizaje: Enrique Pichón Rivièrre y Paulo Freire". Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. Equipo de Cátedras del Prof. Ferrarós. Argentina.

Steimbregger, N. (1999): "El noroeste neuquino, un espacio donde se conjugan viejas y nuevas formas de migración temporal", Boletín Geográfico 21. Departamento de Geografía. Universidad Nacional del Comahue. Neuquén.

Touzé, Graciela (2015). Las adicciones desde una perspectiva relacional. Programa Nacional de Educación y Prevención de Adicciones. Ministerio de Educación de la Nación

Velásquez de Pabón, E. Olaya Peláez, Á. y Castaño Pérez, G. (2013). Fundamentos de medicina: adicciones, aspectos clínicos y psicosociales, tratamiento y prevención. Medellín, Fondo Editorial CIB. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/uncoma/186718?page=631>