

Estudio sobre la implementación del modelo de abordaje integral y comunitario en dispositivos de atención y acompañamiento de la Sedronar.

Trayectorias terapéuticas,
accesibilidad y sostenibilidad de los
tratamientos

Observatorio Argentino de Drogas

Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina

Presidente de la Nación

Dr. Alberto Ángel Fernández

Vicepresidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Jefe de Gabinete de Ministros de la Nación

Ing. Agustín Rossi

Secretaria de Políticas Integrales sobre Drogas

Lic. Gabriela Torres

Director Observatorio Argentino de Drogas

Mg. Diego Ruiz

Coordinadora de Análisis y Vinculación Territorial

Lic. Romina Natalia Barrientos

Coordinación General del Estudio

Dr. Alfredo Carballeda

Coordinación metodológica y revisión de contenidos

Mg. Silvana Garello

Dra. Romina Manes

Dr. Mariano Poblet Machado

Trabajo de campo, procesamiento, análisis y escritura

Lic. María Laura Botazzi

Mg. María Valeria Branca

Mg. Araceli Galante

Lic. Agustina Guido

Prof. Milena López Bouscayrol

Lic. Gonzalo Ralón

Mg. Delfina Recalde

Lic. Juan Ignacio Salaberry

Lic. Adriana Soledad Taboada

Índice

Palabras Preliminares.....	3
Introducción.....	8
Pregunta de investigación, objetivos y características generales del diseño de investigación	11
Características generales y ámbito del estudio.....	12
La utilización de la noción de "Modelo" como instrumento de estudio y análisis de las prácticas institucionales en el campo de los Consumos Problemáticos de Sustancias	13
Capítulo 1. Aspectos Metodológicos	21
Consideraciones Metodológicas	21
Técnicas de construcción de datos	22
Grupos de Discusión Virtuales.....	22
Relatos de Vida.....	23
Análisis de la información.....	25
Población y muestra	26
Capítulo 2. Modelado de los dispositivos de atención de la red Sedronar.....	28
La utilización de la noción de modelo en el marco de la investigación.....	28
Dimensiones y subdimensiones de análisis.....	28
A modo de cierre: De la matriz prohibicionista-abstencionista al modelo de abordaje integral comunitario.....	82
Capítulo 3. Experiencias biográficas y trayectorias terapéuticas en relación con la accesibilidad y sostenibilidad de los tratamientos.....	89
Introducción sobre el análisis centrado en las trayectorias.....	89
Datos biográficos	94

Violencia.....	118
Situaciones de vulnerabilidad y conflicto con la ley.....	122
Experiencias de procesamiento judicial y/o encarcelamiento.....	124
La calle.....	127
Trayectorias de consumo.....	131
A modo de cierre.....	143
Capítulo 4. Accesibilidad y sostenibilidad.....	146
Introducción.....	146
Accesibilidad.....	146
Sostenibilidad de los tratamientos.....	168
A modo de cierre.....	194
Conclusiones.....	198
Referencias bibliográficas.....	207

Palabras Preliminares

por Alfredo Carballeda

La investigación que estamos presentando aborda el estudio y análisis de las modalidades de intervención de la Sedronar (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina), en la asistencia y prevención del Consumo Problemático de Sustancias, dentro del marco de un Modelo Multi dimensional de Abordaje Integral y Comunitario.

El trabajo se orientó al estudio de las estrategias de intervención en Políticas Públicas y su capacidad de facilitar la accesibilidad a los dispositivos de la red federal de la Secretaría y la sostenibilidad de las trayectorias terapéuticas de las personas que atraviesan consumos problemáticos de sustancias.

La misma, se llevó adelante a través de una aproximación a la sistematización de las prácticas que se desarrollan en sus diferentes dispositivos, agregando además, las perspectivas de los usuarios desde el análisis de sus trayectorias terapéuticas, poniéndose énfasis en el impacto de las acciones de atención y acompañamiento en las que participaron.

Se trabajó, además, en la profundización del estudio y de las diferentes formas de intervención que articulan la Accesibilidad y Sostenibilidad, en relación a la modalidad de los acompañamientos y de las estrategias de tratamiento.

Dentro del marco de la Investigación, el consumo de sustancias es entendido como una problemática social compleja multi causal, dinámica y heterogénea.

A su vez, los consumos, son comprendidos y explicados como prácticas sociales. De esta manera, se constituyen y expresan en forma de experiencias biográficas y trayectorias subjetivas.

Asimismo, a través de la investigación se clasificaron y modelaron las diferentes estrategias de intervención que se despliegan en los distintos dispositivos de atención y acompañamiento utilizando la noción de Modelo. De este modo se trabajaron los diferentes componentes de los mismos desde, sus dimensiones y sub dimensiones.

A partir de la descripción, estudio y análisis de éstas, también se obtuvieron elementos para profundizar en el conocimiento de las características de las posibilidades de accesibilidad y sostenibilidad terapéutica.

La investigación, también se orientó a identificar una serie de ejes relevantes que puedan aportar al desarrollo de Políticas Públicas en materia de abordajes integrales y articulados dentro de una Red Federal de atención y acompañamiento y desde allí analizar el desarrollo de un Sistema de Abordaje que, abarcando el territorio Nacional se articule según ejes programáticos definidos en relación con las estrategias territoriales.

Los resultados de la misma muestran el acercamiento a la constitución de un Modelo singular de intervención en este campo que, tiene una serie de características y linealidades definidas. Las mismas, se articulan con la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y el Plan Integral de Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP) Ley 26.934.

La particularidad de las características de este Modelo se relacionan, en principio, con una puesta en acción de la Perspectiva de Derechos que, es entendida como la expresión de una acción que se orienta a que las prácticas institucionales del Estado se ajusten en su finalidad esencial: garantizar los Derechos Humanos.

Esto implica una serie de cuestiones que atraviesan tanto a las Políticas Públicas, como a las instituciones que se vinculan con éstas y, especialmente a la

intervención que se construye desde las mismas. Allí, la accesibilidad, el acompañamiento y los cuidados poseen un papel central.

Esta perspectiva, también, surge y logra expresarse en distintas y heterogéneas acciones de Intervención que, en general, se desarrollan desde disímiles espacios institucionales, siendo posible analizarlas a través del estudio de las prácticas de los diferentes dispositivos.

En este aspecto, la noción de Continuidad en los Cuidados, como estrategia relevante de las Políticas Públicas, orienta el desarrollo de acciones concretas de intervención. Se expresa como una forma de articulación, diálogo e incluso conflicto que, permite hacer intercambiar dentro del (Plan IACOP) a las diferentes realidades regionales y territoriales, aportando, desde allí, sus características peculiares, como así también, distintas perspectivas teórico conceptuales de abordaje del tema.

Esta configuración que articula a las Políticas Públicas, las Instituciones y la Intervención tanto en lo institucional como en lo comunitario, da cuenta de la relevancia que adquiere lo territorial y la importancia de generar acciones que vayan más allá de los dispositivos clásicos de intervención en el campo de la Salud Mental y de los Consumos Problemáticos. Es decir acciones que también permitan la reconstrucción de la memoria y de la identidad colectiva y fortalezcan la integración social.

De esta forma, es factible visibilizar la necesidad de incorporar y ampliar posibles aperturas teóricas y conceptuales que impliquen la incorporación de saberes que trasciendan los espacios académicos clásicos, recuperando la relevancia de la comunidad como un actor significativo, como un lugar de construcción de conocimiento, como un espacio donde tienen la posibilidad de convivir,

articuladas dentro de una misma finalidad en la acción, distintas perspectivas, nuevos actores y formas de saber.

El territorio como dispositivo de intervención también demuestra la posibilidad de análisis de los diferentes aspectos que posee la articulación entre distintos actores sociales, su encuentro y desencuentro. Logrando superar desde perspectivas diferentes, los discursos y perspectivas clásicas, muchas veces atravesadas por los aspectos médico sanitarios, psicosociales o jurídicos. Lo que implica, reconocer que, frente a este tipo de problemáticas, no alcanza con una sola institución.

A su vez, la noción de Continuidad en los Cuidados, promueve una mirada que requiere de lo colectivo, con posibilidades de, trascender las categorías clásicas de; Promoción, Prevención o Asistencia.

Inscribir el abordaje de las personas con consumos problemáticos en el marco de la continuidad de los cuidados sugiere la construcción de nuevas centralidades.

La noción del cuidado, relacionándose con los conceptos de salud o enfermedad, se presenta como un espacio que fortalece y facilita lo común, la recuperación de lazos sociales, el fortalecimiento de relaciones intersubjetivas, como así también, las posibilidades de reparación desde lo colectivo y la integración social en territorios fragmentados desde lo material y lo simbólico. Planteando, como horizonte la posibilidad de abrir la mirada al Otro, la intervención se puede transformar en un espacio donde compartir vivencias en la perspectiva de re significar; estereotipos, prejuicios y trayectorias atravesadas por la estigmatización.

En el marco de esta Investigación, también, se concibió como relevante indagar acerca de la dimensión de los cuidados que van más allá de los dispositivos de salud.

El desarrollo y los resultados de la investigación proveen instrumentos de análisis y de estudio, además de saberes para la posible profundización de un Modelo de Intervención singular y distintivo de la Sedronar que se centra en el abordaje Multidimensional, Integral y Comunitario.

Introducción

El Estado argentino promueve un abordaje a la problemática del consumo de sustancias psicoactivas basado en un enfoque respetuoso de los Derechos Humanos y en el marco de la Ley de Salud Mental (Ley 26.657) y el Plan Integral de Abordaje de los Consumos Problemáticos (Ley 26.934). Dicha legislación establece un abordaje centrado en las personas, sus trayectorias vitales y su constitución subjetiva, diferenciando de manera clara aquellos aspectos que deben ser atendidos desde la dimensión política de construcción de lazo social y la construcción de un proyecto de vida saludable, de aquellos otros que deben enfocarse desde el ámbito de la seguridad.

Desde la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar), se prioriza el modelo multidimensional de abordaje integral y comunitario como la antesala para las intervenciones basadas en la integralidad. De esta manera, se abordan los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas desde una perspectiva basada en los derechos humanos.

La adopción de esta perspectiva requiere considerar, además del modo de relación que establece la persona con la sustancia, las condiciones sociales de vida, el acceso a derechos, los determinantes sociales de los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado (como la identidad de género, la situación laboral, las redes sociales de pertenencia, etc.), las condiciones institucionales, como también los escenarios de las coordenadas espacio-temporales de las prácticas de consumo de sustancias.

El consumo de sustancias es una problemática social compleja multicausal, dinámica y heterogénea. Los consumos de sustancias, en tanto prácticas sociales, se constituyen como parte de experiencias biográficas y de momentos en las trayectorias subjetivas que no son lineales. Como muestran diferentes

estudios (Rossi y Rangugni, 2004; Pawlowicz, Rossi y Touzé, 2006) las trayectorias se configuran en diferentes fases en las que las personas van variando sus patrones de consumo de acuerdo a múltiples situaciones vitales.

De acuerdo al Plan IACOP (Ley 26.934), los consumos problemáticos son “aquellos consumos que –mediando o sin mediar sustancia alguna– afectan negativamente (...) 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”.

Los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas atraviesan a todas las clases sociales y constituyen fenómenos multidimensionales y complejos. Todo consumo problemático habla de un padecimiento y siempre tiene que ver con quién es la persona, con su cuerpo y con su trayectoria de vida en un contexto determinado.

Este paradigma fortalece una perspectiva comunitaria en el abordaje, estableciendo que las acciones deben realizarse a través de una red de dispositivos y servicios interdisciplinarios e intersectoriales basados en la comunidad. Asimismo, relega a la internación como medida de último recurso, determinando que, en caso de ser necesaria, se prolongue por el tiempo más breve posible.

Es desde esta perspectiva, que proponemos estudiar el funcionamiento del modelo de abordaje integral comunitario cuyo enfoque es relacional, integral y multidimensional. Este enfoque ubica en el centro a las personas con sus trayectorias de vida, con sus historias personales y también colectivas, desde un

enfoque de derechos donde el consumo problemático se sitúa siempre en un contexto y una época.

Inscribir el abordaje de las personas con consumos problemáticos en el marco de la continuidad de los cuidados es otra clave programática y paradigmática. La centralidad del cuidado, a diferencia del concepto de salud o enfermedad que suelen ser captados por discursos y prácticas biologicistas, se nos ofrece como un espacio para lo común. Por lo tanto, para dar cuenta de los cuidados, ya sea poniendo el foco en las trayectorias o en los encuentros con la potencia de generarlos, el desafío es visibilizar y potenciar las prácticas que ya se vienen realizando en las comunidades. Conocer los cuidados-descuidos que se producen entre las estrategias de autoatención y de atención entre pares (Menéndez, 2009) permitiría contar con insumos para la promoción, la prevención y la asistencia en materia de consumos problemáticos de sustancias. Creemos importante investigar la dimensión cuidadora que, entendemos, no empieza ni termina en los dispositivos de salud, sino que transcurre en las múltiples trayectorias que las personas realizan en su cotidianeidad. “Es una dimensión no capturada por el saber disciplinar y [que] se erige como un territorio común, tanto de los y las profesionales, como [para quienes] acuden a los servicios” (Benet, Merhy y Pla, 2016: 230).

La propuesta de intervención de la Secretaría a través de una red de dispositivos articulados ubica a las problemáticas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas en una dimensión colectiva, implicando los recursos disponibles en la propia comunidad y territorio. La complejidad del problema pone de manifiesto la necesidad de cambiar el modelo de prestaciones uniformes por un enfoque integral que contemple las singularidades de la subjetividad y las particularidades de cada territorio.

El modelo de abordaje integral comunitario propone una red de dispositivos articulados que generen prácticas de acceso, restitución y ejercicios de derechos, el acompañamiento a referentes afectivos y comunitarios, la contención hospitalaria (proceso de remisión de síntomas agudos y compensación; internación en sectores de salud mental en Hospitales Generales), la internación breve en casos agudos.

En esta investigación se analiza la vinculación entre las trayectorias terapéuticas de las personas que atraviesan consumo problemático de sustancias y la implementación de estrategias de abordaje integral en dispositivos de atención y acompañamiento.

Pregunta de investigación, objetivos y características generales del diseño de investigación

La orientación general del estudio vino dada por la pregunta general de investigación: ¿qué tipo de estrategias de intervención en Políticas Públicas facilitan la accesibilidad a los dispositivos de la red federal de la Sedronar y la sostenibilidad de las trayectorias terapéuticas de las personas que atraviesan consumos problemáticos de sustancias?

Relacionado con esta pregunta-problema, se formuló el siguiente objetivo general:

Analizar la vinculación entre las trayectorias terapéuticas de las personas que atraviesan situaciones de consumo problemático de sustancias y las estrategias de abordaje integral y comunitario en dispositivos de atención y acompañamiento de la red federal de la Sedronar en materia de accesibilidad y sostenibilidad de los tratamientos.

Para cumplir con este objetivo general, se incluyeron los siguientes objetivos específicos:

Clasificar y modelar las diferentes estrategias de intervención que se desarrollan en los diferentes dispositivos de atención y acompañamiento de los consumos problemáticos de Sedronar.

Describir las estrategias de intervención implementadas en dispositivos de atención y acompañamiento de los consumos en materia de accesibilidad y sostenibilidad terapéuticas de las personas que atraviesan consumos problemáticos de sustancias.

Analizar las trayectorias terapéuticas de personas que atraviesan consumos problemáticos de sustancias y su relación con el abordaje integral comunitario en dispositivos de la red de Sedronar.

Identificar puntos clave para el desarrollo de políticas públicas en materia de abordajes integrales y articulados dentro de la Red federal de atención y acompañamiento.

Características generales y ámbito del estudio

El estudio fue realizado sobre dispositivos de la Sedronar, utilizando distintos tipos de fuentes de acuerdo al siguiente detalle:

- 770 dispositivos para la aplicación de cuestionarios administrados y monitoreo.
- Actores: Personas que atraviesan procesos de atención/Equipos Profesionales:

- 70 trabajadores y trabajadoras de dispositivos para grupos focales.
- 23 personas que se encuentran atravesando un proceso de atención.
- Especialistas en políticas de drogas.

En la siguiente sección, profundizamos en la noción de “modelo” que configura la referencia teórico-conceptual general del estudio.

La utilización de la noción de "Modelo" como instrumento de estudio y análisis de las prácticas institucionales en el campo de los Consumos Problemáticos de Sustancias

Introducción

Las demandas actuales y la complejidad dentro de los escenarios de intervención en el campo de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas muestran la necesidad de estudiar en forma sistemática las prácticas de prevención, asistencia y cuidado que se desarrollan en ellos.

Desde esta investigación se trabajó en el estudio y análisis de los diferentes dispositivos de la Sedronar a partir de la utilización de la noción de modelo.

Esta noción permitió sistematizar las acciones de intervención que este organismo lleva adelante, partiendo del análisis de la vinculación entre las trayectorias terapéuticas de las personas que atraviesan el consumo problemático de sustancias, y las estrategias de abordaje integral y comunitario en los diferentes dispositivos de atención y acompañamiento de la red federal de la Sedronar, con el acento puesto en la accesibilidad y sostenibilidad de los tratamientos.

En esta investigación el modelo es entendido como un instrumento de análisis de un conjunto de características observables. Estas implican una representación simplificada de distintos componentes de una estructura y desde allí, se facilita la construcción de estimaciones complejas y orientaciones conceptuales. En este caso se trabajó a partir de:

- a) el perfil de la persona que consume sustancias psicoactivas;
- b) el rol atribuido a la sustancia,
- c) el contexto donde esta es utilizada, y
- d) las estrategias de acción que se producen en la intervención en diferentes dispositivos de la Secretaría.

La metodología utilizada es en clave analítico/descriptiva y se apoya en una serie de dimensiones y subdimensiones dentro de un marco definido, con la finalidad de clasificar y modelar las diferentes estrategias de intervención que se desarrollan en los disímiles dispositivos de atención y acompañamiento de los padecimientos que generan los consumos problemáticos desde la Sedronar.

Justificación de la utilización de la noción de modelo

Una forma posible de estudio y análisis de las prácticas que actúan dentro de este campo es a través de la utilización de la noción de modelo. Esta perspectiva posibilita el abordaje de los fundamentos conceptuales de dichas prácticas, como así también de las distintas maneras de intervención en diferentes dispositivos, teniendo en cuenta asimismo las singularidades que podemos observar a nivel territorial.

Es decir, la aplicación de la noción de modelo es útil para aproximarse a la descripción de las estrategias de intervención implementadas en dispositivos de atención y acompañamiento de los consumos en materia de accesibilidad y sostenibilidad terapéuticas de las personas que atraviesan consumos problemáticos de sustancias. De esta forma, la intervención se relaciona con aspectos teóricos, representaciones sociales, saberes apropiados desde la práctica, y diferentes perspectivas ideológicas e influencias del contexto.

A su vez, los modelos permiten sistematizar una variedad de marcos conceptuales comprensivo-explicativos del problema que le dan sentido, y orientan las diferentes estrategias y formas de intervención.

Por otra parte, este tipo de sistematización puede ser entendido como un aporte de aproximación que permite un mayor conocimiento con respecto a los obstáculos y posibilidades en la aplicación de políticas, planes y programas sociales y de gobierno.

Desde esta perspectiva, un estudio sobre los modelos de intervención debe ser interpretado como un acercamiento preliminar, que tiene la capacidad de organizar el análisis de las diferentes prácticas, con la finalidad de conocer con mayor profundidad las características de los dispositivos, sus capacidades, potencialidades y variaciones en función de las transformaciones del contexto.

A su vez, un conocimiento profundo de los mismos puede resultar en una aproximación distintiva y contextualizada en cuanto a la conformación de estrategias interdisciplinarias de intervención en el terreno de las prácticas, y también en los ámbitos y perspectivas de transmisión de conocimiento.

Por otra parte, el estudio de los diferentes modelos de intervención, requiere una permanente contextualización, tanto en relación con lo que está ocurriendo en el seno de la sociedad -es decir: cómo se perciben las prácticas en este campo; cuál es el nivel de demanda más significativo; cuáles son las condiciones sociales, económicas y políticas imperantes- como así también, en relación con cuáles son los paradigmas explicativos más relevantes, dentro del campo de los consumos, y en cada uno de los modelos profesionales.

Trabajos anteriores muestran este tipo de desarrollo (Bialacowsky. Camilloni y Forteza, 1988), en especial en cuanto a la posibilidad de construcción de abordajes de tipo interdisciplinario, y multisectorial en relación a problemáticas sociales actuales.

En el trabajo de investigación desarrollado se intenta aproximar esa perspectiva al campo de los consumos problemáticos como espacio delimitado y singular de intervención y encuentro de distintas prácticas profesionales y saberes.

Algunos antecedentes

Podemos encontrar antecedentes de la utilización de la noción de modelo en las

Ciencias Sociales, y en cuanto a las posibilidades de estudio de las prácticas profesionales en los trabajos del antropólogo Menéndez (1984), quien describe a la práctica de la medicina en nuestra sociedad a través del concepto de "modelo médico hegemónico". Con relación a la problemática de los consumos, es conocido el trabajo de H. Nowlis (1975) donde se analizan los diferentes modelos de abordaje de este tema relacionándolo con diferentes modelos conceptuales, que la autora denomina; ético-jurídico, médico-sanitario, psicosocial y sociocultural. Dentro del mismo tema, en nuestro país, el FAT (Fondo de Ayuda Toxicológica), presentó el modelo ético social como síntesis conceptual de esa institución en 1974. Otro antecedente en esta línea de trabajo se puede ubicar en el texto de Alicia Stolkiner (1988) además del antedicho trabajo de Bialacowsky, Camilloni y Forteza.

En forma más abarcativa y dentro de las Ciencias Sociales en general encontramos la utilización de la noción de modelo durante la década de los sesenta, desde la perspectiva de los modelos matemáticos, relacionada con la planificación económica y los macromodelos. En un texto de Calcagno, Sainz y De Barbieri (1971), en el cual, se trabajó con la noción de modelo con la idea de construir un instrumento útil para analizar la realidad política, buscando mejores formas de decisión frente a ésta. Una de las cuestiones que aparecía en el estudio del texto mencionado estaba signada por la necesidad de trabajar con un gran número de variables e interacciones, señalando las consecuencias que se derivan de ellas, y sometiendo a la prueba a una importante cantidad de hipótesis. De ahí la opción, en ese caso, por un lenguaje matemático.

En este aspecto Varsavsky planteaba la necesidad de distinguir dos niveles de modelos: mental y explícito; a su vez dentro de los modelos explícitos se incluyen a los modelos verbales, físicos y formales o matemáticos.

Otra cuestión se relaciona con la concepción de modelo como sistema, en cuanto

a la definición de las características del mismo y sus relaciones o conexiones y el funcionamiento de éste. A su vez, posibilitan sistematizar las prácticas dado que no existen prácticas neutras o a-teóricas (Howe, 1995). También “los Modelos son útiles como esquemas de referencia, es decir como un conjunto de asuntos fundamentales para determinar lo que es más relevante en un campo de conocimiento” (Dal Pra Ponticelli, 1998: 7).

“Los modelos describen lo que sucede durante la actividad práctica y dan un amplio muestrario de situaciones, extraen una serie de pautas de actividad que le dan coherencia al hacer” (Payne, 1995). En síntesis, la utilización de la noción de modelo como instrumento de estudio y análisis, permite conocer los obstáculos y posibilidades de las distintas prácticas que intervienen en él, en cuanto a su comprensión, explicación e intervención, obteniéndose de esa manera un instrumento de explicación y descripción que puede ser útiles para el desarrollo de Políticas Públicas.

Los modelos, algunas cuestiones de tipo metodológico

Un modelo puede entenderse como una interpretación adecuada de un sistema axiomático. En ese aspecto, existen diferentes trabajos que pueden ser analizados desde esta perspectiva.

El término modelo también puede ser concebido como una noción que designa “un esquema sintético y abstracto que ordena en una construcción rigurosa los elementos de la realidad” (Ramírez Monagas. 1991: 96)

Por otro lado, al modelo es posible definirlo como imagen o representación, de un sistema, proceso, organismo, fenómeno, artefacto, sociedad o ente de cualquier clase, material o abstracto.

A su vez un modelo de práctica profesional constituye una construcción

simbólica cuyos principales objetivos son el conocimiento y transformación del objeto que modeliza (Bialakowsky, Camilloni y Forteza, 1988).

Podemos caracterizar al modelo como sistema, teniendo en cuenta que éste tiene determinadas características, que se relacionan a través de diferentes conexiones. Al decir de Varsavsky: "Todo sistema tiene componentes con ciertas características o atributos vinculadas por ciertas relaciones o conexiones, que son al menos las categorías que más usamos al analizarlo" (1971: 16).

Al concebir a los modelos como instrumentos conceptuales, que permiten profundizar la relación entre la creación de la teoría, la transmisión del conocimiento y la intervención en la práctica desde una perspectiva contextualizada, es posible profundizar el análisis y estudio de las prácticas que operan en el campo de los consumos problemáticos en determinados contextos; es decir, en relación a las diferentes circunstancias sociales, económicas y políticas que son el "soporte", donde este se desarrolla y la influencia de cambios históricos vinculados a estas últimas cuestiones.

De esta manera, un uso más simple plantea al modelo como un instrumento de descripción y explicación de los problemas que manifiestan dificultad en su definición.

Por último, el presente informe se vincula con otras publicaciones previas del OAD, en las que se trabajaron temáticas afines a las aquí tratadas. Entre ellas, vale mencionar a las publicaciones que también se enfocaron, ya sea en estrategias de intervención implementadas en dispositivos de atención y acompañamiento de los consumos en materia de accesibilidad y sostenibilidad, como en trayectorias terapéuticas de personas que atraviesan consumos problemáticos de sustancias y su relación con el abordaje integral comunitario.

En primer lugar, la Encuesta Nacional sobre Consumos y Prácticas de Cuidado

2022 (ENCoPraC), publicada en agosto del corriente (Sedronar/OAD e INDEC, 2023). También está publicado el Primer Relevamiento Nacional de Dispositivos de cuidado, acompañamiento y asistencia en salud mental y consumos problemáticos (Sedronar/OAD, 2023b). Otra publicación relevante es la de Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC) (Sedronar/OAD, 2023a).

Hecho el planteo de la relevancia del estudio, sus objetivos generales y específicos, el alcance del mismo y las características de los conceptos principales a considerar, como así también de las publicaciones del OAD, relacionadas, en el siguiente capítulo se exponen las características metodológicas del presente estudio.

Capítulo 1. Aspectos Metodológicos

Consideraciones Metodológicas

El presente estudio tiene por objetivo general analizar las trayectorias terapéuticas de las personas que atraviesan situaciones de consumo problemático de sustancias y las estrategias de abordaje integral y comunitario en dispositivos de atención y acompañamiento de la red federal de la Sedronar en materia de accesibilidad y sostenibilidad de los tratamientos

Para alcanzar este objetivo, se utilizó una estrategia metodológica que priorizó el uso de técnicas cualitativas y se realizó una triangulación para complementar los datos obtenidos con análisis cuantitativos. Como menciona Vasilachis de Gialdino entre los supuestos de la investigación cualitativa se destaca el interés por “la comprensión de las estructuras significativas del mundo de la vida por medio de la participación en ellas a fin de recuperar la perspectiva de los participantes y comprender el sentido de la acción en un marco de relaciones intersubjetivas” (2006: 48).

En ese sentido, para conocer las significaciones, tanto de los referentes técnicos y profesionales de los distintos dispositivos de la red como de las personas que transitan situaciones de consumo y se encuentren en tratamiento, se utilizaron técnicas de construcción de datos cualitativos: los grupos de discusión y los relatos de vida respectivamente. Dicha información, a su vez, fue complementada con el análisis de datos estadísticos provenientes del Primer relevamiento nacional de dispositivos de cuidado, acompañamiento y asistencia en salud mental y consumos problemáticos y del Sistema nacional de monitoreo y evaluación (SIME), con el fin de contribuir a clasificar y modelar las diversas estrategias de intervención de los distintos dispositivos a la vez que brindar mayor soporte en la elección de la muestra.

El trabajo de campo se llevó a cabo entre los meses de mayo y agosto del año 2023 en articulación con equipos de investigación de distintas universidades nacionales del país. En un primer momento, se planificaron y llevaron a cabo los grupos de discusión. Posteriormente, se realizaron las entrevistas virtuales a personas que se encontraban en tratamiento en los distintos dispositivos.

A continuación, se presentan las principales decisiones metodológicas para alcanzar los objetivos propuestos.

Técnicas de construcción de datos

Para la construcción de la evidencia empírica, el enfoque seleccionado se centró en la realización de Grupos de Discusión Virtuales (GDV) y Relatos de Vida.

Grupos de Discusión Virtuales

Como parte de la estrategia metodológica del segundo objetivo específico del estudio, que busca describir las estrategias de intervención implementadas en dispositivos de atención y acompañamiento de los consumos en materia de accesibilidad y sostenibilidad terapéuticas de las personas que atraviesan consumos problemáticos de sustancias, se realizaron 9 grupos de discusión virtuales con la participación de referentes técnicos y profesionales de dispositivos de distintas modalidades de atención y regiones geográficas del país.

Los grupos de discusión constituyen una técnica de producción de datos de investigación cualitativa que consiste en la realización de una entrevista grupal con un número limitado de participantes, dirigida por un moderador a partir de una guía de temas o entrevista sobre algún tema en particular. Lo que se busca

es la interacción entre los participantes para obtener “información en profundidad sobre lo que las personas opinan y hacen, explorando los porqués y los cómo de sus opiniones y acciones” (Prieto Rodríguez y March Cerdá, 2002: 104). Cada grupo es coordinado por una persona que modera y cuenta, además, con el apoyo de una persona que oficia como observadora a fin de registrar cuestiones relativas a la dinámica grupal, la forma en que circula la palabra, el estado de ánimo de las personas participantes y la asistencia en cuestiones técnicas.

En los GDV se buscó indagar en dos grandes bloques temáticos: un primer bloque sobre accesibilidad a los tratamientos y un segundo bloque referido a la sostenibilidad. Para cada bloque temático se propuso una serie de preguntas que iban de lo más general a lo particular, construidas en función de los objetivos de investigación del estudio.

Los GDV se realizaron por la plataforma Zoom y, previo acuerdo de confidencialidad expresado en un consentimiento informado, fueron grabados para su posterior desgrabación.

Relatos de Vida

Para alcanzar el tercer objetivo específico del estudio, que buscó analizar las trayectorias terapéuticas de personas que atraviesan consumos problemáticos de sustancias y su relación con el abordaje integral comunitario en dispositivos de la red de Sedronar, se propuso el análisis narrativo de relatos de vida a partir de la realización de entrevistas en profundidad a personas que atravesaron situaciones de consumo problemático y que realizan tratamiento en dispositivos con diferentes modalidades de atención, considerando la modalidad residencial y la ambulatoria/comunitaria. Los relatos de vida constituyen un método de investigación cualitativa que se centra en la narración que realiza una persona

sobre sus experiencias vitales. La construcción de un relato de vida supone la adopción de una perspectiva, es decir, la definición de un eje por parte de quien investiga para enfocar su mirada y a partir del cual la persona entrevistada reconstruye su experiencia (Malimacci y Giménez Béliveau, 2007). Más que de “la realidad” que experimentan las personas, el relato de vida permite dar cuenta de las formas narrativas que éstas despliegan para dar sentido a su mundo (Grippaldi, 2020).

En ese sentido, los hechos del pasado son relatados en función del tiempo presente a la vez que son relacionados con proyectos y aspiraciones futuras. Es por ello que un relato de vida no solo aporta información y contenidos que permiten armar una biografía, sino que cumple funciones para quien lo enuncia creando “representaciones de coherencia” a través de patrones en el relato que actúan como “narraciones estabilizadoras” que le dan una continuidad en el tiempo a la historia de vida (Smith, 1994).

Es por ello que, tanto en la realización de las entrevistas como en su análisis, es importante evitar lo que Bourdieu (2011) llama la ilusión biográfica, que supone concebir una historia de vida como un conjunto coherente y lineal de acontecimientos que transcurren en estricta sucesión cronológica y que tienden a organizarse en secuencias ordenadas según relaciones inteligibles entre estados sucesivos, contruidos como etapas de un desarrollo. Por el contrario, es preciso tener en cuenta que las personas llevan adelante los relatos y narraciones sobre ciertos momentos de sus vidas en función de, por ejemplo, lo que recuerdan, lo que desean contar u obviar, de lo que se pregunta y de cómo se pregunta, de su relación con la persona que realiza la entrevista y de cómo reinterpretan y resignifican su pasado. Y todas estas cuestiones también son materia de análisis.

Es decir, difícilmente pueda decirse que esos relatos constituyan una narración

lineal, homogénea, total y única sobre la vida de una persona. Es tarea de quien entrevista acompañar a la persona en la narración de su vida prestando especial atención también a los modos en que es contada. Vale aclarar que toda trayectoria biográfica se inserta en un espacio social en el que la persona interactúa activamente por lo que, en tanto perspectiva de análisis, la experiencia de vida narrada se torna en un prisma que permite dar cuenta de las familias, los grupos sociales, las instituciones y la comunidad a los que esa persona pertenece y con los que está ligada.

Así, la entrevista abierta se vuelve un instrumento clave en la construcción de relatos de vida en tanto permite, mediante una guía flexible de preguntas, ir encadenando hechos significativos de la vida de la persona con el contexto personal y comunitario/social más amplio.

Las entrevistas se realizaron por la plataforma Zoom y, previo acuerdo de confidencialidad expresado en un consentimiento informado, fueron grabados para su posterior desgrabación.

El guion de la entrevista para este estudio estuvo organizado en tres grandes ejes:

Eje 1: Momentos y puntos de inflexión en la vida de la persona y su trayectoria de consumo.

Eje 2: Trayectoria de tratamientos y cuidados previos.

Eje 3: Experiencia institucional actual.

Análisis de la información

Los GDV y los relatos de vida fueron desgrabados y anonimizados y luego procesados con la asistencia del software especializado en el análisis de datos

cuantitativo Atlas.TI. Luego de definir las categorías de análisis, se definió un sistema de códigos en función de los objetivos del estudio. Para el análisis de los GDV, se contemplaron las siguientes dimensiones referidas a la accesibilidad a los dispositivos: formas de acceso/conocimiento de los dispositivos; accesibilidad organizacional; accesibilidad geográfica; accesibilidad cultural; accesibilidad económica. En cuanto a la sostenibilidad, las dimensiones aludían a los factores que favorecen la sostenibilidad; los obstáculos para sostener los tratamientos; las estrategias llevadas a cabo por los dispositivos ante las dificultades en la sostenibilidad y la caracterización de los equipos sobre la discontinuidad y la interrupción de los tratamientos.

Para el análisis de los relatos de vida, se tuvieron en cuenta los siguientes códigos: datos biográficos (contemplando los momentos significativos de la vida de las personas entrevistadas); la trayectoria de consumo (haciendo hincapié en los puntos de inflexión, la significación del consumo, las consecuencias que implicó para la persona y su entorno, la significación de los tratamientos y cómo conciben las interrupciones o recaídas) y la trayectoria terapéutica (tanto en lo que refiere a la accesibilidad al dispositivo como a la sostenibilidad o no de los tratamientos).

Población y muestra

Para alcanzar los objetivos específicos 2 y 3, la población de estudio estuvo conformada por los dispositivos de la Red Federal de Centros de Atención y Acompañamiento de la Sedronar con distinta modalidad de abordaje (ambulatoria, comunitaria y residencial) de la República Argentina.

El muestreo elegido para seleccionar a participantes de los grupos de discusión virtuales fue no probabilístico intencional y por cuotas según el tipo de

dispositivo en el que se desempeñan. Se escogieron dispositivos de diferentes modalidades y de distintas regiones del país, a fin de captar las heterogeneidades regionales. La muestra estuvo conformada por 70 trabajadores y trabajadoras de CAAC, CCC, DTC e IC de las regiones del Área Metropolitana de Buenos Aires, Centro, Cuyo, NEA, NOA y Patagonia.

En cuanto a las entrevistas en profundidad, se definió como unidad de análisis del estudio a cada una de las personas mayores de 18 años que asistieron al dispositivo para realizar tratamiento por su propio consumo y que hayan sostenido ese consumo por lo menos durante 10 años. Se implementó un diseño muestral no probabilístico por conveniencia. Para ello, se tuvieron las siguientes consideraciones para la selección de cada una de las personas a entrevistar:

- Que la persona esté en condiciones de sostener una entrevista sobre su tratamiento y trayectoria de consumo (según criterio clínico).
- Que la persona estuviera disponible para ser entrevistada durante 90 minutos (aproximadamente).
- Contar con el eventual apoyo de un/a profesional del dispositivo en caso de precisar durante o luego del encuentro.
- Contar con adecuada conectividad a internet y un espacio privado/adecuado para sostener la entrevista.

La muestra estuvo conformada por 23 personas que asistían a dispositivos de distinta modalidad y ubicados en diferentes lugares del país.

Capítulo 2. Modelado de los dispositivos de atención de la red Sedronar

La utilización de la noción de modelo en el marco de la investigación.

A partir de un esquema sintético y abstracto que intenta ordenar los elementos de la realidad dentro de un sistema representativo, un modelo de análisis intenta profundizar en los diferentes aspectos –comprensión y explicación de los problemas, modalidades de atención u objetivos de la intervención, entre otros– que atraviesan y dan sentido a los diferentes dispositivos que integran el objeto de estudio.

Dimensiones y subdimensiones de análisis

El modelo es entendido como un instrumento que tiene como finalidad la interpretación de las prácticas y cumplen el rol de ser referencias teóricas históricamente determinadas. En el caso de esta investigación, es utilizado para analizar el modelo de abordaje integral y comunitario aplicado al consumo problemático de sustancias de los diferentes dispositivos que forman parte de la red federal de la Sedronar. Son más de 700 centros de atención y acompañamiento por consumos de sustancias propios o conveniados, de los cuales 512 son Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC), 122 son Dispositivos Territoriales Comunitarios (DTC), 77 son Instituciones Conveniadas (IC), 47 son Casas Convivenciales Comunitarias (CCC) y 11 son Centros de Asistencia Inmediata (CAI).

Desde esta perspectiva, las dimensiones que se contemplan para el análisis son: sujetos de intervención, comprensión y explicación, modalidades de

intervención, finalidad de la intervención y por último el territorio. Cada dimensión presenta sub-dimensiones que permitirán una mejor comprensión y que profundizamos a continuación:

1. [Sujeto de intervención](#): se entiende por sujeto de la intervención al conjunto de individuos y grupos hacia quienes se destinan las intervenciones de los dispositivos analizados y cuyas características sociales, morales, psicosociales y psiquiátricas interesa analizar aquí dado que se constituyen en las subdimensiones de la categoría.
2. [Comprensión y explicación del problema](#): esta dimensión abarca a los diferentes planteos o posicionamientos que desde el dispositivo se expresan para comprender y entender las condicionalidades que posibilitan la emergencia del problema. Tiene como subdimensiones: exclusión social, desviación, sociedad, estigmatización/etiquetamiento, familia, sustancia y contexto (micro y macro).
3. [Modalidad de la Intervención](#): esta dimensión remite al modo de intervención típica del dispositivo y a las características que de la misma se desprenden. Sus subdimensiones son: modalidades de atención (ambulatoria, residencial, comunitaria) estrategias de acompañamiento y asistencia de la problemática y equipos de trabajo que las llevan a cabo.
4. [Finalidad de la Intervención](#): esta dimensión considera cómo el dispositivo define su horizonte de intervención. Sus subdimensiones consisten en: abstinencia, reducción del daño, contexto y familia.
5. [Territorio](#): con esta dimensión se pretende analizar las implicancias del contexto -donde se insertan el dispositivo y las personas que

consumen sustancias psicoactivas - en relación a las manifestaciones del consumo problemático como una situación a abordar institucionalmente. Sus subdimensiones son las siguientes: determinante, condicionante, espacio de intervención y sociabilidad.

El presente capítulo se desarrolla así a partir del diálogo logrado entre las dimensiones de análisis que se definieron en la construcción de este modelo, y los datos obtenidos en los grupos focales de discusión donde participaron referentes de las instituciones y los relatos de vida de las personas que consumen sustancias psicoactivas, en cuyo marco se describen en los capítulos siguientes las dimensiones restantes de esta investigación: trayectorias terapéuticas, accesibilidad y sostenibilidad de los tratamientos.

Finalmente se utilizó, si bien secundariamente, información vertida en el Estudio sobre dispositivos de la Red Federal de Sedronar. Experiencias de acompañamiento desde la perspectiva de los y las referentes (2019-2021) publicado en 2022 por el Observatorio Argentino de Drogas y en el Primer Relevamiento nacional de dispositivos de cuidado, acompañamiento y asistencia en salud mental y consumos problemáticos (de ahora en más RNCAA)^[1], recientemente divulgado.

[1- Sujetos de intervención](#)

La perspectiva del sujeto moral, psiquiátrico, psicosocial y social fueron las aristas abordadas en este ítem.

Sujeto Moral

En referencia a esta categoría, que encuentra en el déficit moral de la persona la explicación a su consumo, se identificaron las siguientes citas:

Siempre tuve muchas palabras de otras personas que nunca hice caso. Creo que hasta el día que tomé la decisión de cambiar, decisión propia para mi bien y ahí sí, acepté la ayuda y bueno, hoy estoy acá, en este grupo que me ayuda todos los lunes (Entrevista 1, 10-07-23, AMBA, CAAC, masculino, s/d edad). No, no sabía pedir ayuda. No había tocado tan... No había tocado el fondo que necesitaba tocar para realmente saber cuán mal se puede estar. Cuando yo inicié en el hospital estaba sin trabajo y la verdad que destruido moralmente por todos lados (Entrevista 14, 25-7-23, Cuyo, CAAC, masculino, 40 años).

Y le digo no, pero duele más el pecado que el cuerpo, porque había faltado a mi palabra. Había dicho, no voy a tomar y, sin embargo, no fue la gran cantidad, pero fue, no importa si es medio litro o litro, lo tomaste, ya faltaste a decir: no voy a consumir alcohol. Entonces eso dolía más que todo el cuerpo (Entrevista 2, 12-07-23, Patagonia, CCC, masculino, 55 años).

Los referentes institucionales que participaron de los grupos de discusión virtual no hicieron comentarios que pudieran vincularse con la perspectiva moral del sujeto de intervención.

Sujeto Psiquiátrico

La concepción de sujeto psiquiátrico es aquella que considera a la persona que consume sustancias psicoactivas como paciente dado que presenta una patología abordable desde el ámbito de la psiquiatría. De los relatos de los

referentes se desprenden alusiones reiteradas, por una parte, a las formas en que intervienen cuando reciben personas que presentan lo que se denomina una “patología dual” –es decir la problemática del consumo asociada a un padecimiento psiquiátrico–, y por otro lado, a las entrevistas iniciales o “primeras consultas”, en tanto la relevancia que presentan para realizar una evaluación diagnóstica adecuada y diseñar una estrategia terapéutica acorde.

Le hacemos la entrevista virtual y en función de eso vemos si hay alguna patología dual que nos indique que no somos el dispositivo para acompañar... por ahí no es fácil observarlo en una entrevista virtual, pero venimos aceitando ciertas preguntas (GDV 4, 30-05-23, CCC).

Y otra de las cosas que noto, y por tener la categoría que tenemos, de comunidad dual, no hay mucho... nos derivan... la mayoría obviamente son con patologías de base, pero sin epicrisis. No hay pedido de información, de documentación fehaciente, por ejemplo, del plan farmacológico desde la última vez que lo ha tomado. Y a veces se complejiza con el tema del psiquiatra, por el riesgo de cambiar o modificar un plan farmacológico a riesgo de una descompensación dentro de la comunidad (GDV6, 1-07-23, IC).

Entonces tratamos de ver eso, tratamos de ver si hay patologías duales. Algunas veces pedimos, durante un tiempito, que traten de asistir a un espacio psiquiátrico, en su provincia, en su dispositivo, en su centro barrial, depende de dónde vengán. Aquí en Córdoba nosotros conocemos dónde acceder... y si son de otras provincias, bueno, cada dispositivo tiene sus vínculos para que un psiquiatra analice durante un par de sesiones si cree que hay algún tipo de patología psiquiátrica o no y después hacemos una segunda entrevista (GDV 4, 30-05-23, CCC).

Los referentes señalan que, al identificarse una posible patología dual, realizaban la derivación a psiquiatría y en caso de no contar con ese espacio dentro del dispositivo, intentaban la articulación institucional con un efector de salud cercano al domicilio. Mencionan también que quienes presentan este padecimiento requieren de un esquema de medicación riguroso que se ajuste a su problemática o en su defecto uno que brinde respuesta a la emergencia de un cuadro crítico que lo denominan de “*riesgo cierto e inminente*”. Por otro lado, hablaron de las dificultades de la derivación cuando las instituciones no comparten el criterio de intervención.

Nos ha pasado de no saber, o de no haberlo filtrado, al inicio, porque no surgió la información, y luego el compañero, cuando baja el consumo, que para colmo en la casa convivencial, bajás el consumo a cero de golpe, y entra en el período de abstinencia, se destapan cuestiones psiquiátricas que no estamos capacitados para acompañar, por falta de equipo, por sobre todas las cosas, porque no tenemos ni psiquiatra, en la institución, dentro, ni enfermeros, ni una parte más clínica del resto de los compañeros (GDV 4, 30-05-23, CCC).

Yo creo que, en cuanto si hay algún tratamiento que amerita la medicalización, lo que siempre nosotros hacemos es articular con las unidades sanitarias, o todo lo que tiene que ver con los centros del primer nivel... Pero no hacemos como: “bueno, acércate a la unidad sanitaria, sácate un turno”, sino que previamente a eso hacemos, articulamos, generalmente para conseguir ya el turno, para decirle a la persona: “en tal día y en tal horario te sacamos al turno para que vayas a tal lugar, porque es importante que tengas alguna entrevista desde salud mental o lo que fuere en ese sentido (GDV 3, 30-05-23, CAAC).

Y aunque sea la única alternativa, ni siquiera eso porque eh, porque nos ha pasado de llevar a pibas con crisis subjetivas muy graves con situaciones de mucho consumo, golpeándose la cabeza contra la pared y los psiquiatras diciendo que ese no es un criterio de internación, digamos, no hay riesgo ahí (GDV 2, 29-05-23, CAAC).

Una de las referentes afirmó que la inclusión de personas con padecimiento psiquiátrico en los dispositivos de la Sedronar implica para ella “disputar el sentido psiquiátrico de la intervención” dado que esas personas pueden sostener un tratamiento de forma ambulatoria a la vez que acceder a otros espacios de atención y acompañamiento que no provengan solo de la esfera asistencial.

Las personas que consumen sustancias psicoactivas, por su parte refieren momentos de su vida críticos donde han requerido medicación para lograr cierta estabilidad emocional. Se observa un relato que anida en la concepción de un sujeto enfermo cuyo tratamiento prácticamente es para toda la vida

Yo entré al profesorado, hice el primer año bien y en el segundo año caí en un pozo depresivo. Me levantaba a comer y no, no tenía ganas de nada, como quien dice, me cayó la ficha ¿no? (Entrevista 20, 27-07-23, Cuyo, CAAC, masculino, 37 años).

En sí, mi problema es el tema de la cocaína, que ya el último tiempo me estaba volviendo más alcohólico que “drogadicto”, o las dos cosas. Porque yo cuando volví de allí, estuve dos semanas sin salir a ningún lado, estuve en cama, con una depresión (Entrevista 21, 27-07-23, Cuyo, IC, masculino, 46 años).

Una vez tuve un bache de una semana, un bache de depresión, porque yo soy depresivo. Tomo sertralina para la depresión (Entrevista 22, 28-7-23; Cuyo, CAAC, masculino, 75 años).

Yo pensé que hasta ese momento, yo tenía la adicción como una enfermedad, ¿viste? (Entrevista 26-7-23, AMBA, CAAC, femenino, 34 años).

Sujeto Psicosocial

De acuerdo a lo manifestado por las personas que consumen sustancias, encuentran en circunstancias de su vida que los afectaron particularmente –y en las que no accedieron a instancias terapéuticas de afrontamiento– una vinculación con el inicio de los consumos problemáticos de sustancias. De sus relatos se desprende que el fallecimiento de una figura de referencia afectiva y las separaciones ya sean propias o de sus padres suelen ser algunos de estos hechos significativos.

Comencé a trabajar, y bueno en el 2006 muere mi padre y ahí comienza la etapa de consumo. Eh si bien yo era una persona que salía los fines de semana, pero más allá de tomar, tomarme una cerveza, no pasaba de eso. Me cuidaba mucho, porque como jugaba al básquet, al fútbol, digamos tenía un cuidado de la alimentación, la suplementación, era muy, muy estructurado en eso (Entrevista 21, 28-7-23, AMBA, CAAC, masculino, 46 años).

Me quedé embarazada de mi otro nene, de doce años. Y también, una vida de mierda, yo no sé. No tuve suerte de tener un compañero fiel. Terminaban engañando, y bueno. Es como si fuera que el daño que me

hacían era como si fuera otra vez quedaba abandonada, viste. No podía curar eso. Nunca pude terminar de curar... La base de la vida era conseguir amor, cariño, ¿entendés? Con eso capaz que me curaba. Pero me fallaban y me hacía daño yo sola. Y ahí empecé a caer, a caer (Entrevista 18, 26-07-23, AMBA, CAAC, femenino, 34 años).

Pero encontré la droga recién a los 27 años. Yo tengo 33. Yo soy una persona que consumió de grande. Por un... ¿qué pasa? Yo estaba buscando la vida normal, la vida que los padres le inculcan. El tema de tener tu casa, tener tu novia, tener tus hijos... ¿Qué pasa? Me junto con una chica, de la cual me enamoro. Estuvimos un año viviendo. Tenía mi trabajo, tenía mi departamento, tenía todas mis cosas, tenía todo perfecto. Por esas cosas de la vida no funcionó. Nos separamos (Entrevista 9, 20-7-23, CENTRO, IC, masculino, 33 años).

Los referentes de las instituciones que trabajan con esta visión de sujeto parten de considerar a la persona inserta en una trama social compleja e indagan en las primeras entrevistas sobre el malestar emocional que los aqueja, los vínculos que sostienen dentro la comunidad y la red familiar que la/os acompaña.

Durante mucho tiempo sostuvimos como una instancia donde... siempre el objetivo digamos de esas primeras entrevistas o de ese primer acercamiento es tratar de recuperar un poco su historia, las intervenciones, de por donde anduvo, de que barrio es como todas esas situaciones (GDV 2, 29-05-23, CAAC).

Entonces este es esto, es la mirada que tenemos todos o como lo abordamos, eh, no ya desde lo clínico, sino más bien dentro del barrio (GDV 2, 29-05-23, CAAC).

Y en la ficha de ingreso, más que nada tomamos los datos personales del joven que viene y conversamos un poco sobre cómo es el contexto, cómo es la familia, para conocerlo un poquito más y saber cómo acompañar integralmente a ese joven y abrazarlo, no solamente a él sino también a su familia, su contexto (GDV 3, 30-05-23, CAAC).

Así, luego de las primeras entrevistas, las personas pueden ingresar a los espacios por distintas propuestas ofertadas por los dispositivos. Estos se constituyen como lugares que promueven el intercambio y la construcción de vínculos.

Hay actividades todo el tiempo que son abiertas a la comunidad por articulación con otros programas estatales; entonces se hacen muchas actividades desde para niñitos hasta para personas adultas mayores, con lo cual muchas veces se acercan porque empiezan a hacer un taller de cocina o vienen a tocar la guitarra o vienen a usar la cancha de fútbol o vienen a alguna actividad y así de a poco... por ahí vienen muchos años a actividades y no se animan a pedir ayuda y después con el tiempo y haciéndose algunos vínculos; bueno instalando ahí una transferencia como nos gusta decir a nosotros los psicólogos, ahí empiezan como a poder pedir ayuda, ¿no? Creo que por ahí eso... las redes vinculares que también se arman con las distintas personas y que nosotros armamos también con las personas de estas instituciones que nombré al principio porque también, en definitiva, es aquellas personas que uno conoce, que te llaman y vos podés llamar y podés trabajar en conjunto y que bueno, que por ahí pertenecen a estos organismos que comenté al principio (GDV 8, 2-6-23, DTC).

Pero también hay un montón de otros déficits que tienen que ver con problemáticas que exceden en consumo pero que son otras puertas que

sirven para pensar otro camino, porque nosotros somos eso, facilitamos la posibilidad de que se pueda construir otro proyecto de vida y se necesita abordar la complejidad que abarque otros aspectos de la vida más allá del modelo biomédico (GDV 7, 1-06-23, IC).

Se apuesta a que la persona se sienta alojada y comience a decir algo de su malestar; no solamente se trabaja con lo vinculado a la situación de consumo sino a otras esferas de la vida en que requieren de asesoramiento y/o acompañamiento.

Hay pibes que están en el grado de consumo agudo, en estado de calle... ¿Cómo nosotros sostenemos en el tiempo al asistido o al atendido en la casa? Nosotros detectamos esto, que lo que decían los compañeros en el tema de sostener, nosotros vemos, como dirían las trabajadoras sociales, vemos lo biopsicosocial, nos intervenimos, nos comprometemos de una forma de saber cuál es su estado de salud, su estado, si hay alguna enfermedad mental y cómo se relaciona socialmente. Generalmente eso nos da a nosotros, lo biopsicosocial, nos da una demanda que está pidiendo el usuario del dispositivo. Si necesita que nosotros intervengamos para hacer un trámite para que él tenga, para que él pueda hacerse un chequeo de salud, o si está teniendo problema de salud, nosotros le hacemos el acompañamiento. Si tiene algún problema de enfermedad mental o está transitando una enfermedad mental o de consumo, también está el dispositivo. Y cómo se relaciona él en su contexto, culturalmente, todo eso (GDV 1, 29-05-23, CAAC).

Sujeto Social

La/os referentes describen a los sujetos en el marco de esta subdimensión, como personas en situación de vulnerabilidad social y económica, en la que su subsistencia está enteramente atravesada por severos déficits. Aluden en algunos casos, a la situación de calle en que permanecen las personas que asisten de sus dispositivos.

Es un problema para sostener los tratamientos, es un problema, por lo general uno trabaja con personas vulnerables, que se han quedado sin empleo, el consumo también arrasa su economía, digo (GDV 7, 1-06-23, IC).

Esto es una visión específica de lo que es más bien la población con la que nosotros trabajamos que, dentro de lo que son las personas que están en situación de calle o de vulnerabilidad social, poseen esta dificultad agregada o adicional, ¿no?, que hasta quedan relegados dentro de la misma dinámica de lo que es un centro barrial y hay como cierto prejuicio a la locura y eso está, ¿no?, también (GDV 5, 31-05-23, CCC).

Y hay muchos chicos que están en la calle. Y también me pone triste cuando los chicos se van, están haciendo un ambulatorio, vienen por 10 días y después abandonan de vuelta porque recayeron (Entrevista 21, 27-07-23, Cuyo, IC, masculino, 46 años).

Además, hacen referencia un sujeto en el cual se entrelazan otras problemáticas de índole social como las situaciones de violencia en los barrios, las situaciones de violencia institucional y la narcocriminalidad.

Yo lo que sí quería recalcar es que estamos escuchando mucho más consumo de cocaína fumada, es una realidad y en la ciudad de Rosario como verán también los medios lo están cruzando con la violencia urbana y la narcocriminalidad. A veces la institucionalización, es para salir del

territorio y para salvarse a ser baleado, entonces uno trabaja con toda esta situación y no es fácil (GDV 7, 1-06-23, IC).

Muy enfocadas con la situación que estamos viviendo en Rosario, que eso también es un problema y nos viene atravesando bastante digamos, las situaciones de violencia no solamente entre pares sino también con la violencia institucional y eso también nos hace que vayamos articulando cada vez más con otros organismos como la Defensoría Penal Pública, donde fuimos generando algunas redes ahí para acompañar (GDV 8, 2-6-23, DTC).

Por otro lado, la/os referentes mencionan que muchas de las personas con las que trabajan tienen vínculos con organismos de niñez, el poder judicial, instituciones de salud, que han intervenido de manera formal anteriormente y con las que se retoma el contacto y la articulación. Asimismo, comentan los obstáculos con lo que se encuentran en el despliegue del itinerario terapéutico, cuando estos atravesamientos provienen básicamente de la administración de justicia.

Entonces ya sea, lo que decía M., si ha intervenido desde salud, desde servicio local, si es alguna situación que está judicializada, si es alguna compañera que está con alguna situación de violencia, de ver en qué está toda esa situación, lo hacemos como primera instancia cuando sabemos que ya han habido otras intervenciones en esa persona (GDV 3, 30-05-23, CAAC).

Pensaba en algo que me gustaría compartir en relación a demandas de instituciones, porque no es lo mismo cuando viene un pedido de derivación de la escuela, cuando el acompañamiento que hace la escuela es diferente al oficio que el juzgado dice 'tomá, ocupate vos', digamos

cómo le llega a la persona esto, por ejemplo nosotros cuando nos encontramos muchas veces en las situaciones judicializadas o derivadas de áreas, por ejemplo de áreas como niñez, adolescencia y familia son áreas de mucha disputa por las cuestiones de las medidas que se toman y demás (GDV 9, 2-6-23, DTC).

Si bien aceptamos personas con causas judiciales, en situación judicial compleja, es una limitante. La verdad que sí, no solamente en el hecho de cómo decía R., de las salidas o de los permisos de fines de semana, de la revinculación con las familias, sino también con el hecho de que muchas veces es una lucha para que puedan tener un beneficio o un dispositivo distinto desde lo judicial (GDV 6, 1-07-23, IC).

Finalmente, desagrega un último aspecto vinculado a la estigmatización de género y de clase de las personas que consumen. Así, referentes y personas que consumen sustancias psicoactivas expresaban la descalificación a la que son sometidas las mujeres cuando, además, son madres.

Para la sociedad la mujer adicta está mal señalada. La mujer adicta madre somos las peores. (Entrevista 18, 26-7-23, AMBA, CAAC, femenino, 34 años)

Empezamos a ver que había cuestiones vinculadas a violencias que las mujeres no trabajaban en los espacios grupales, y que mucho de las lógicas patriarcales y violentas como se reproducían en los grupos y dentro de la institución y que eso generaba todavía que las mujeres tienen mucho más difícil el acceso porque hay muchas más barreras sociales, culturales, simbólicas del acceso de las mujeres al tratamiento, ni hablar de disidencias, por estas lógicas patriarcales, a las mujeres le es mucho más difícil llegar a espacios de tratamiento justamente porque no

cumplen con ninguno de los roles y funciones que el patriarcado les exige que cumplan que tiene que ver con en general con actividades de cuidado... esta idea de que la mujer tiene esa obligación y que si consume sustancias no puede cumplir ninguno de esos roles (GDV 7, 1-06-23, IC).

Respecto a la discriminación vinculada a la clase social, uno de los entrevistados indica que él consideraba que las situaciones problemáticas de consumo solo atravesaban a personas de sectores sociales desfavorecidos.

Yo pensé que hasta ese momento, yo tenía la adicción como una enfermedad, ¿viste? que no había... nada, de otro... estaba estigmatizada como solamente le afectaba a una clase social baja... entonces acá me encontré con gente que no tuvo frío ni hambre, pero también le dolía un poco la vida y. y terminaba consumiendo (Entrevista 22, 28-7-23, Cuyo, CAAC, masculino, 75 años).

[2- La comprensión del uso de sustancias psicoactivas como problema](#)

En el discurso de los participantes de este estudio pueden identificarse distintas maneras de comprender el consumo problemático de sustancias, que incluyen referencias a las actitudes individuales frente a ellos, a los problemas familiares, a las características de las sustancias que se consumen y la exclusión social.

Los efectos de las sustancias: "el cuerpo me lo pide"

Los entrevistados mencionaron que habían consumido sustancias psicoactivas para obtener distintas sensaciones: relajación, placer, energía.

P: ¿qué es lo que te gustaba o disgustaba de esos consumos?

L: No, no me disgustaba nada. Era un periodo donde al estar mal y no saber cómo cambiar el curso o no entendía lo que me pasaba, probar la marihuana fue lo más placentero que en ese momento conocía, inmediato y placentero (Entrevista 14, 25-7-23, Cuyo, CAAC, masculino, 40 años).

Yo tomaba después de las 12 de la noche (...) Eso me despertaba una euforia que me permitía avanzar en la noche sin trauma. O sea, produce euforia al principio y como había alcohol, eso estabiliza, hasta que ya cerraba el bar, y me iba a mi casa y descansaba. Lo que te quiero decir es que no daba la impresión a los demás, para el exterior, de que yo fuera un consumidor problema. (Entrevista 22, 28-7-23, Cuyo, CAAC, masculino, 75 años).

Distintas personas entrevistadas, que estaban concurriendo a los dispositivos de la Sedronar, mencionaron que solían gestionar el uso de drogas, consumiéndolas para relajarse o divertirse con sus parejas o amigos. Pero en un momento de sus vidas dejaron de controlar el consumo. Aunque se verificaron respuestas que explican esta dificultad por problemas familiares, también las hubo en relación a las características de las sustancias, en especial, de la pasta base:

La cocaína es muy distinta a la pasta base. Pero llega un momento que ya a la cocaína no le encontrás sentido. No es el mismo impacto que da en el cuerpo al de la pasta base. Como decírtelo así, tomarte un pase no es lo mismo que fumarte un pipazo. Fumarte un pipazo es como si te tomaras cinco pases a la vez, es como una expresión de consumo muy pafff... Y a los dos minutos se va esa sensación y claro, vos quedás exaltado, querés más de eso, y más, y más y más de esa sensación. Se va tan rápida que...

son cinco minutos... que es el consumo que más te deteriora porque querés más y más y más (Entrevista 16, 25-7-23, IC, masculino, 26 años).

Según estas personas entrevistadas, la intensidad de las sensaciones que les la pasta base y la corta duración de sus efectos la tornaron una sustancia cuyo consumo no pudieron controlar.^[2] Aunque más allá del tipo de sustancia, fue frecuente que los entrevistados mencionaran que “el cuerpo pide” continuar consumiendo.

Y también es el placer y el gusto porque ya es algo habitual que te empieza a gustar y que se te hace como adicción y es el mismo cuerpo también que en un momento te lo empieza a pedir porque capaz que vos tu cabeza no quieres pero el cuerpo pasa factura y el cuerpo la pide (Entrevista 8, 19-07-23, Centro, CCC, femenino, 23 años).

La referencia a una necesidad física del consumo de sustancias parecía intercambiar el lugar entre sujeto y objeto en el uso de drogas: ya no es la persona quien decide consumir, sino que es la sustancia quien la “atrapa”:

Arranqué a tomar y no me disgustaba; me gustaba, me gustaba mucho, me gustaba, me gustaba. A lo primero sí, la controlaba, a lo primero decía que yo la podía controlar, sí. Después se fue haciendo más fuerte, más fuerte, hasta que después no había día que no consuma, consumía todos los días. Ya el consumo despacito me fue atrapando y me fue controlando el consumo, me controló a mí (Entrevista 21, 28-07-23, AMBA, CAAC, masculino, 46 años).

Estas ideas sobre las sustancias psicoactivas y su consumo como entes capaces de controlar las conductas de las personas son congruentes con un estereotipo sobre las drogas denominado “fetichismo de la sustancia”, por la que se las considera como un agente externo a los sujetos y amenazante, con poderes casi

mágicos, que justifica la prohibición de su uso y la persecución de los consumidores, ya que se trataría de personas incapaces de controlar sus acciones (Touzé, 2006).

Una decisión personal

Si bien la mayoría de las personas entrevistadas relató que habían comenzado a consumir sustancias psicoactivas en compañía de sus parejas o de sus amigos, varias explicaron que la decisión de continuar consumiendo había sido suya. Y si bien asociaron el cambio en sus patrones de uso de sustancias (pasando de un uso más recreativo y grupal, a uno más solitario y habitual) con problemas familiares, también admitían que fueron ellos quienes habían decidido consumir drogas de un modo tal que los llevó a tener distintos comportamientos (mentir, vender sus pertenencias, dejar de cuidar a sus hijos, robar, vivir en la calle) que dañaron a sus familias o a sí mismos.

Me las arreglaba para salir, para hacer cagadas. Ahí empecé a vender cosas. Ya perdí todo lo que tenía. Empecé ya a recaer completamente. Empecé a vender mi ropa. Empecé a vender, a estar en la calle, cada noche... No, horrible, horrible, horrible, horrible. Hasta que, en un momento, bueno, me echan de mi casa. Me dice mi mamá que no quería que estuviera más ahí, con toda la razón, obviamente. Tenía un loco que le había... Yo le robé, le robé a mi padre, le robé a mi mamá. No... le robé sin que se den cuenta, obviamente. No es que les apunté con un revólver para robarle. Nunca tuve ese drama, por suerte (Entrevista 9, 20-07-23, AMBA, IC, masculino, 33 años).

Fue frecuente que las personas entrevistadas mencionaran que pudieron haber vivido experiencias situaciones mucho más problemáticas de las que vivieron,

quizá reconociendo los riesgos a los que se expusieron. Es posible relacionar este pensamiento con un estereotipo social sobre las trayectorias de las personas que consumen sustancias psicoactivas, denominado “carrera adictiva”, por la que se considera que estas comienzan a consumir con una sustancia legal (como alcohol o tabaco) y se pasa a otras ilegales y cuyo uso se considera más peligroso (como marihuana o cocaína), profundizado el consumo, hasta llegar a un profundo estado de deterioro físico, psíquico y social (Pawlowicz y otros, 2014).

A veces, la idea de que pudieron haber evitado consumir sustancias psicoactivas les generaba sentimientos de culpa:

Digamos que eso me hace sentir un poco culpable, justamente acá tratamos el tema de la culpa, por haberlos hecho sufrir y también por mí, ¿no? En definitiva, el que paga las consecuencias es uno. Pero ellos (sus hijos) no tenían nada que ver y sufrieron. Yo si tenía que ver, porque era mi decisión dejar o seguir, en cambio ellos no tenían más alternativa que esperar mis decisiones (Entrevista 22, 28-7-23, Cuyo, CAAC, masculino, 75 años).

Varios entrevistados señalaron que, en distintos dispositivos de atención por uso de sustancias psicoactivas el equipo de atención trabajó con sus sentimientos de culpa. Al respecto, puede decirse que a diferencia de los discursos que plantean que los sujetos deben asumir la responsabilidad por sus actos y que los sitúa en un lugar de decisión sobre su conducta, la culpa afianza sus padecimientos, porque refuerza la idea de que no han podido dejar de consumir una sustancia “prohibida” y “peligrosa”.

Problemas de familia

La mayoría de los entrevistados relató que su infancia y adolescencia estuvo atravesada por problemas familiares: situaciones de violencia, consumo problemático de sustancias psicoactivas de padres o hermanos, separaciones de los padres y duelos.

No tuve una mala infancia, pero sí tuve padre alcohólico y... sufrí varias veces violencia por parte de mi padre y nada, eso me hizo dejar mi casa a corta edad (Entrevista 16, 25-07-23, AMBA, IC, masculino, 26 años).

Bueno, mi infancia no fue feliz. Mi infancia fue muy triste, pero... Nací en El Carmen, me crié en Jujuy con mis tíos, porque con mi madre no podía vivir.... En el pasado abusaron de mí y ese es el dolor que tengo muy grande dentro de mi corazón, que no puedo sanar hasta ahora (Entrevista 5, 25-07-23, NOA, DTC, femenino, 50 años).

Al decir de una de las personas entrevistadas, se trata de “heridas que no se pueden sanar”, que “te acompañan toda la vida”. Frecuentemente, una mala relación con sus parejas y/o con sus hijos agravó sus padecimientos:

Y mi familia vivía peleándome, vivían enojados. Vivía con problemas. Se me fue el mundo abajo. Perdí mi familia, perdí mi señora. Se me fue mi hija con la mamá, mi hija, la más chica. Y bueno, de repente perder todo, estar en el fondo del mar queriéndote drogar para pasarte de sobredosis y no, no lo pude, no lo pude hacer porque nunca me pude pasar de sobredosis porque mi cuerpo estaba tan acostumbrado a tomar tanto consumo que era feo porque no veía nada, no veía nada como lo que hoy veo (Entrevista 21, 28-07-23, AMBA, CAAC, masculino, 46 años).

Varios entrevistados explicaron que ante estas situaciones “se aferraron a las drogas”. El consumo de sustancias psicoactivas les permitía sobrellevar las dificultades de la vida.

Sí, me acuerdo, hasta de la primera vez, me acuerdo. Haber aspirado por primera vez y decir, ¿por qué me perdí esto tanto tiempo? Y después, sí, claramente voy entendiendo, hoy tengo el registro de que fue ocupando espacios, ya dejé de ir a entrenar, ya dejé de soportar la angustia, ya dejé de pasar malos momentos, a flor de piel, y después empecé a derrapar (Entrevista 15, 25-07-23, Centro, IC, masculino, 41 años).

Mirá, me ayudó, voy a ser muy ilógico en esto que te voy a decir, pero me ayudó a sobrellevar todos estos años el consumo de cocaína, me ayudó mucho a sobrellevar estos años (Entrevista 19, 27-07-23, Cuyo, IC, masculino, 44 años).

La desvinculación de las personas con sus familias tuvo su correlato en la descripción de los referentes sobre ellas: se trataba de familias “destruidas”, que tenían muchas dificultades para participar del proceso terapéutico.

Se nos complica bastante porque como la mayoría de los chicos están situación de calle, la familia está destruida y tenemos, eh, bueno, se nos complica para tratar de que venga una madre a un hermano, pero bueno, van apareciendo, capaz en los otros espacios, en el comedor nocturno, por lo general, viene el tío del abuelo de... Pero bueno, es complicado armar actividades y que las familias se comprometan (GDV 2, 29-05-23, CAAC).

Finalmente puede decirse que los referentes no explicaban el deterioro de los lazos familiares por las características de los miembros de las familias, sino en los procesos sociales que los atravesaban.

Procesos de estigmatización y etiquetamiento

Según los referentes entrevistados, las representaciones sociales sobre las personas que consumen sustancias psicoactivas como potencialmente peligrosos no sólo estaban presentes en el discurso de estas, sino que era parte de las explicaciones de la población de los barrios más vulnerables sobre la violencia. Estas ideas se expresaban en prácticas de discriminación hacia los consumidores y, en consecuencia, llevaban al ocultamiento de las prácticas de uso de sustancias psicoactivas, particularmente entre las mujeres.

Las/os referentes relataban que la asociación entre consumo y delincuencia exponía a las personas a situaciones de violencia con sus propios vecinos:

Se está generando una situación en el barrio que no colabora para nada, digamos, y que nos pone también a nosotros como agentes y trabajadores de la salud comunitaria ahí en el centro del debate barrial, digamos: Nosotros diciendo: Sí, se puede rescatar a los pibes. Y la otra parte del barrio diciendo no, hay que cagarlos a piñas (GDV 2, 29-05-23, CAAC).

Para evitar situaciones de segregación o de maltrato era frecuente que estas personas ocultaran su consumo a sus familias o a los equipos de salud.

Estuve 19 años con mi ex. 19 años. Estuve 15 años al lado de ella consumiendo sin que ella supiera. Cuando blanqueé me a empezó ayudar, empecé a ir a un psiquiatra en Pergamino. Después cualquier discusión era: '¡falopero!' Y que sé yo. Y bueno, terminamos separándonos. (Entrevista 10, 20-07-23, AMBA, IC, masculino, 50 años).

Una persona entrevistada relató que había ocultado que concurría a un dispositivo de atención por uso de drogas:

Porque nosotros somos tan estigmatizados, no sé si es la palabra, y nos sentimos tan marginados, por ahí vemos, yo los primeros días que entré a la comunidad, me tapaba para que no me vea nadie, que me a mí me conoce todo el mundo acá, o cuando iba al instituto de Educación Física, tengo el Instituto ahí y me ponía la capucha para que no me vean correr (Entrevista 20, 28-07-23, Cuyo, CAAC, masculino, 37 años).

Según los referentes, para que las personas que consumen sustancias psicoactivas se acercaran a los dispositivos que se encontraban en los barrios, era necesario promocionar que sus servicios se ofrecían a la comunidad en general, como estrategia para evitar la discriminación:

En el barrio ya se había corrido la voz que simplemente nosotros hacíamos abordajes de consumos problemáticos. Así entonces, la persona que entraba o que iba al espacio, ya sea a disfrutar un taller, de panadería, de peluquería, de lo que fuese, era una persona que estaba en consumo. Entonces eso también nos limitaba muchísimo a nosotros para que la persona se sienta en confianza. Cuando entramos al barrio, tratamos bueno de poner abordaje comunitario (en el cartel de entrada) y tratar de hablar con en el vecino en el boca a boca, ir contándole que no solamente el tratamiento y el acompañamiento, sino también era la prevención el trabajar con los vínculos de las personas. Pero sí, le escuchamos de propias usuarias de qué nos dicen de que ellas tienen que, para poder acceder también al tratamiento, cargar con ese prejuicio de que, aparte de que son consumidoras, son mujeres y mucho más si son madres (GDV 2, 29-05-23, CAAC).

Como lo mencionó el referente, el estigma se reforzaba si se trataba de mujeres, sobre todo si eran madres, ya que se ponía en duda su capacidad para cuidar a sus hijos. Una de las referentes reflexionó que esta situación resultaba un

obstáculo para el acceso al dispositivo, por temor de que “les sacaran a sus hijos”.

Es un discurso que se repite muy, muy frecuentemente... el hecho de bueno, de que por ser pobres y consumidoras corren el riesgo de ser desvinculadas de sus hijes. Por ende, no piden ayuda. Entonces, cuando llegan al dispositivo ya la situación es crítica. No pasa lo mismo con los hombres, con los varones, varón padre consumidor: ningún problema; ahora mujer madre consumidora sí. En eso nosotros encontramos una gran, gran dificultad, sobre todo también en lo que es el abordaje en red interinstitucional. La cantidad de prejuicios que nos encontramos también que existen en los distintos organismos o instituciones donde estas mujeres empiezan a bochar, ¿no? (GDV 8, 2-6-23, DTC).

Al respecto, una entrevistada, relató que esperaba poder ocultar el consumo de sustancias psicoactivas al equipo de salud que la iba a atender en el parto de su hija:

Bueno, me llevó la ambulancia y me dice: acóstate y no hagas fuerza ni te levantes. En la ambulancia me hacen tacto y tenía cinco de dilatación. Yo dije: callada. No dije nada, en la ambulancia, que estaba en consumo ni nada. Digo: ‘bueno, si es parto normal, llego al hospital y ¡listo! Tengo a la bebé. Ojalá que Dios quiera salga todo bien y no le voy a decir que consumí’ (Entrevista 18, 26-07-23, AMBA, CAAC, femenino, 34 años).

La entrevistada explicó que sólo pudo retirar a su hija del hospital cuando se comprometió a efectuar un tratamiento. Otra entrevistada relató que “perdió a sus hijos” por la denuncia de sus familiares.

Las prácticas de ocultamiento del uso de sustancias psicoactivas son una respuesta a los procesos de estigmatización sobre quienes la consumen, que

tiene consecuencias sobre su salud, ya que, como lo explicaban los referentes, los aleja de los servicios sanitarios y en caso de acceder, afecta la posibilidad de establecer relaciones de confianza con los equipos de salud.

El consumo problemático de sustancias psicoactivas como manifestación de la exclusión social

Fue frecuente que las/os referentes que participaron del estudio asociaran el consumo problemático de sustancias psicoactivas con la exclusión social³. Sobre todo, para quienes formaban parte de movimientos sociales, el consumo problemático de drogas se expresaba en el marco de una “vulneración de derechos” preexistente. Para ellos, el uso de sustancias psicoactivas no se trataba de una decisión personal, sino “lo único que tienen” los jóvenes de los barrios vulnerables, porque “no encuentran salidas y la única forma de aislarse es el consumo”.

Ayuda y motiva a entender que no se está solo y se está trabajando hasta con lo que no tenés para poder dar respuesta a esta situación de consumo de sustancias, de situación de vulneración de derechos que viven millones de pibes y pibas hoy en la Argentina, donde más de la mitad de los gurises están bajo la línea de pobreza y por ahí entendiendo que el problema de consumo, nosotros lo entendemos como una situación en donde se llega o el inicio del consumo se llega porque hubo un montón de carencias que no son sólo materiales, sino que tiene que ver con los vínculos, con el afecto y que muchas veces, la única alternativa o lo único que tienen sería, porque no es una alternativa que elijan, sino que lo único que tienen es la sustancia (GDV 1, 29-05-23, CAAC).

Como resultado de distintos procesos de desvinculación de sus redes socio-afectivas, las personas entrevistadas mencionaron que una de las situaciones más difíciles que afrontaron fue vivir en la calle. Al respecto, en un grupo focal, uno de los referentes advertía que, para las mujeres, esta situación se tornaba aún más compleja por la exposición a otras violencias vinculadas con el género, a la vez que reflexionaba que, si “*hubiera lugares para pasar la noche, habría más personas que se recuperarían*”.

Es muy diferente, podemos observar, ser mujer en situación de consumo que ser varón en situación de consumo. Porque generalmente las mujeres, directamente, sus cuerpos son mercancías de intercambio. Entonces, generalmente las pibas te dicen, o sea, tengo que abrir las piernas para dormir en una cama. Son cosas que a los pibes no les pasan, digamos. Entonces, nosotros acá vemos que, si en esta ciudad hubiera, digamos un lugar dónde pasar la noche, probablemente habría mucha más gente recuperada o en situación, mucho mejor de salud de todo. Y también probablemente, recuperada. O con mucha más posibilidad de que el tratamiento ambulatorio sea más efectivo (GDV 2, 29-05-23, CAAC).

Esta concepción del consumo lleva a considerar una perspectiva que, en clave de los estudios de género se podría llamar *interseccional* donde confluyen distintos procesos de dominación que producen desigualdad (Pombo, 2021). Al respecto, en la descripción de los referentes que participaron del grupo de discusión virtual sobre las mujeres que vivían en situación de calle era posible advertir cómo se interrelacionaban la pobreza estructural, las desigualdades de género y la estigmatización en el uso de sustancias psicoactivas.

Esta comprensión del problema llevaba a varios referentes a plantear la necesidad de recibir a las personas que realizan tratamientos “como estén”:

Porque nos pasaba, que bueno es algo que sabemos de nuestra parte, que, si esa persona alcoholizada se quedaba en calle, corría riesgo. De hecho, había fallecimientos, casi todos los inviernos. Entonces arrancamos y era eso: "Te recibimos en el estado en que estás porque básicamente si yo vengo borracho entonces no voy a venir. Me quedo en calle y pase lo que pase." Ese era el planteo, tanto de las personas que acceden a los servicios. Entonces el planteo es acompañar, en ese acompañar, entendemos todos los aspectos de la vida de las personas, educación, salud, recreación, hábitat, vínculos (GDV 4, 30-05-23, CCC).

En el grupo de discusión virtual se planteó la importancia de trabajar en "todos los aspectos de las vidas de las personas", reconociendo la multiplicidad de procesos de vulnerabilidad que se imbricaban en la situación de las personas que se acercaban a los dispositivos. En este sentido, puede pensarse que, en este discurso, los padecimientos en el consumo de sustancias psicoactivas no son consecuencia de la "carrera adictiva", sino de la interrelación de procesos sociales (que incluyen las dificultades de acceso al sistema de salud), que se asocian con el consumo problemático de drogas.

[3-Modalidad de intervención](#)

En los dispositivos de la red federal de la Sedronar existen diversas modalidades de intervención, atención y acompañamiento de las personas que atraviesan consumos problemáticos de sustancias que, si bien con particularidades y características propias, ofrecen atención ambulatoria, residencial y/o comunitaria, pudiendo presentar cada uno de ellos, una o más de estas modalidades. El tipo de modalidad obedece básicamente a las actividades que realizan, la frecuencia y duración de los tratamientos y las articulaciones con

instituciones de la comunidad o externas a ella, entre otros, conformando así un mapa sumamente heterogéneo⁴.

Modalidad ambulatoria

En esta forma se ofrecen diferentes servicios asistenciales como los espacios terapéuticos (individuales, familiares y grupales) o los vinculados al control y seguimiento del tratamiento psicofarmacológico; también se ofrecen actividades relacionadas con la prevención y promoción (talleres de promoción de la salud, actividades deportivas, talleres artísticos, actividades de inclusión laboral y socioeducativas de las personas atendidas), entendidas también en el marco de acciones terapéuticas que se realizan sin que las personas que consumen sustancias psicoactivas tengan que desvincularse de su entorno social.

Los dispositivos territoriales, las Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC) y los Dispositivos Territoriales Comunitarios (DTC), como lo indican sus nombres, tienen una fuerte inserción en el territorio donde se ubican. Ambos son dispositivos de “bajo umbral”, es decir, que los objetivos de la atención se van adecuando a las posibilidades de cada persona, por lo que se caracterizan por su flexibilidad en el encuadre de trabajo.

En relación a la asistencia por uso de sustancias psicoactivas, los DTC ofrecen espacios grupales e individuales. Los referentes explican que los talleres, para las personas que concurren a los espacios asistenciales, muestran su “potencial terapéutico”.

Acá en Quilmes tenemos acompañamientos individuales, bueno espacios de escucha de equipo interdisciplinario no tiene que ser solo psicólogos

o psicólogas, después tenemos espacios grupales tanto para familiares y también para personas en situación de consumo, talleres de teatro, de danza, de breaking, de hip hop de ese estilo, creo que no me estoy olvidando de nada más (GDV 9, 2-6-23, DTC).

Nosotros tenemos un equipo asistencial donde hay psicólogos, asistentes sociales, psiquiatras, tenemos un equipo de enfermeros, tenemos dos enfermeros que están, uno con turno a la mañana, otro con turno a la tarde... tenemos talleres de oficio o empleo, lo que es huerta, cocina, lo que es arte, tenemos una compañera muy buena que trabaja toda la parte artística no solamente con la persona sino también con la familia está bueno que eso lo incluye, y también lo que es el apoyo escolar, eso son los dispositivos que funcionan dentro del DTC (GDV 9, 2-6-23, DTC).

Es muy similar y a la vez nosotros... tal vez la persona no sostenga el espacio de escucha individual o no esté participando de algún encuentro con el equipo técnico, pero mientras asista al dispositivo... en esto que decíamos del potencial terapéutico de un espacio promocional. Nada, si está en el dispositivo, si viene a hacer alguna actividad promocional... nosotros estos talleres, los talleres de los que hablaba más grupales, se hacen para todos (...) A lo que voy es que nosotros pensamos que, si la persona sigue viniendo, aunque no asista a sus turnos programados, sigue estando en... nada, es parte del abordaje, no sé si del tratamiento, pero si sigue siendo abordado, acompañado (GDV 8, 2-6-23, DTC).

En el discurso de los referentes de los CAACs, el uso de drogas es “uno” de los múltiples problemas que manifiestan la cuestión social. Se comprende que el sujeto es alguien que sufre múltiples vulneraciones de derechos, que “tiene la

puerta cerrada". Por eso, la finalidad de la intervención es "abrir puertas", "conectar redes", lograr mayor acceso a derechos.

Pensemos que una persona en situación de consumo, cuando ya viene a pedir ayuda es porque ya le cerraron muchas puertas antes, ¿no? Le cerraron muchísimas puertas antes. Entonces lo primordial, y esto lo sabe todo el equipo técnico, es nunca cerrar las puertas. Tiene que estar siempre abierta la puerta, digo, y tener una respuesta ante esa demanda que viene, ¿no? Que es un abanico. Cada persona tiene diferentes problemas, diferentes problemáticas, diferentes, ¿no? Y cuando uno empieza a trabajar sobre eso, empieza articular con los espacios, bueno, vamos de a poco. No te vamos a resolver la vida de un día para el otro. Pero vamos a ir resolviendo en conjunto, a medida que vos vengas y transites por el dispositivo, vamos a ir resolviendo lo económico, el DNI, no sé, la jubilación. Nosotros atendemos personas, el año pasado nos cayeron dos personas al dispositivo de más de 80 años, en situación de calle. Y nunca habían tenido una jubilación. No tenían ni siquiera una obra social (GDV 1, 29-05-23, CAAC)

En este sentido, las CAAC trabajan en las múltiples dimensiones de la vulnerabilidad social, como el acceso a la documentación, al sistema de salud, a la seguridad social, a la protección frente a la violencia de género. De modo tal que los servicios del CAAC (como los talleres, los paradores, los comedores) se ofrecen a personas que no son consumidoras de sustancias. Esta característica ha resultado una estrategia para superar la estigmatización que afrontan las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, facilitando el acceso al dispositivo.

En ambos dispositivos, las actividades de promoción de la salud son variadas, pero suelen organizarse en torno a la cultura, el deporte, la educación y el

trabajo (sobre todo en articulación con el Programa Potenciar Trabajo). Se ofrecen como un espacio de expresión y de crecimiento para la población general que permite trabajar con los “sentidos que se otorgan al consumo de drogas”. La apertura de los talleres a la comunidad no sólo permite superar la posible estigmatización de quienes podrían acercarse en búsqueda de asistencia por consumo problemático de sustancias psicoactivas, sino también contar con un espacio abierto que permita el vínculo de los equipos con la población y “captar” situaciones problemáticas de consumo y ofrecer algún tipo de asistencia.

Creo que la mirada promocionista también hace que sostengan mucho los espacios digamos. Que se trabajen otras cosas también, no solo su consumo. Por ejemplo, violencia institucional. Muchos pibes vienen... violencia policial, hostigamiento; nada, situaciones horribles y, nada; que se trabajen esas cosas hace que sostengan el espacio más allá de su cuestión de consumo. Entonces eso hace que... creo que es algo que ayuda a la mirada integral de la problemática, que por ahí muchos pibes que han fracasado en otros intentos de tratamiento, que vengan y digan “yo entré y lo único que hablan es de drogas y de lo único que me hablaban era de drogas, que entraba y me pelaban” (...) Al no tener eso, muchos pibes y pibas sostienen el tratamiento porque pueden trabajar la integralidad de su vida (GDV 8, 2-6-23, DTC).

O sea, es girar por diferentes escuelas de Bariloche. Empezamos por las que habíamos trabajado con los docentes, estamos como muy enfocados con esto de poder disputar el sentido común sobre los consumos y las drogas y los usos en la comunidad; entonces trabajamos mucho con equipos que atienden personas, como tratando de aggiornar el

paradigma desde un paradigma de derechos y de cuidados (GDV 8, 2-6-23, DTC).

Modalidad comunitaria

Este tipo de modalidad se liga a la ambulatoria, y el diálogo entre ambas acaba por definir una tipología de atención y acompañamiento que privilegia los vínculos (como trama socio-afectiva que alcanza a construir/reparar/sostener la persona que asiste), las actividades de integración sociocomunitaria y las redes de articulación institucional que también actúan un soporte en el proceso terapéutico implementado.

En todos los casos, los/as referentes marcaron la importancia de trabajar en el barrio, atendiendo a sus dinámicas, vínculos y problemáticas. También le otorgaron relevancia a dar respuestas dentro del territorio y la comunidad de la persona, así como las redes y articulaciones que se generan desde el dispositivo:

Al trabajar de una manera multidimensional e integral, también trabajamos mucho con los operadores territoriales o de salud como le decimos nosotros, que son compañeros y compañeras de la casa que, de repente, tienen un vínculo con esa persona; entonces se trabaja en conjunto. Porque esa persona puede interrumpir el proceso terapéutico, a veces y no interrumpir el ir a la casa y necesita interrelacionarse con las personas; bueno, ahí fortalecemos más ampliamente la red vincular (GDV 1, 29-05-23, CAAC).

Las redes de fortalecimiento institucional como las de articulación territorial son categorías que se retomarán en la dimensión del territorio como espacio de intervención, dado que ese eje contiene la especificidad de la temática.

La modalidad residencial

Por su parte, esta es aquella que brinda atención las 24 horas del día y en la que la persona reside en la institución un tiempo determinado. Esta modalidad implica el aislamiento de la persona de su contexto durante un tiempo delimitado como parte de una estrategia clínica y, debido a que es un recurso restrictivo, debe ser considerado la última alternativa terapéutica (OAD, 2022).

Las IC y las CCC brindan este tipo de atención. En las primeras, los/as referentes caracterizan el espacio que coordinan como “una casa”, con “un encuadre algo diferente a las comunidades tradicionales” que, entre otras cuestiones, tiene que ver con criterios de admisión amplios y con abordajes que adhieren a los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental; las segundas, son definidas como espacios de contención y abordaje comunitario con posibilidad de alojamiento, tendientes a la atención e inclusión social y/o habitacional.

En general, son espacios que se fundan a partir de la solicitud de movimientos sociales, organizaciones políticas y/o de iglesias que tienen una amplia trayectoria de trabajo y están dirigidos a personas atravesadas por problemáticas de consumo en contextos de alta vulnerabilidad social. En este sentido, el horizonte de acción de la organización “va más allá de la situación de consumo”, de modo que las personas que consumen sustancias psicoactivas y que desean efectuar tratamientos son una parte de la población con la que se relaciona la organización, pero no su totalidad.

Ambos dispositivos cuentan con atención psicológica grupal e individual, talleres y acompañamiento para la inserción laboral, si bien difieren en la composición de sus equipos de trabajo que acompañan los procesos iniciados por las personas que consumen sustancias psicoactivas –en las IC hay mayor presencia de equipos profesionales y en las CCC una combinatoria de profesionales con operadores socio-terapéuticos-. Varias personas entrevistadas, valoraron la atención psicológica, porque les permitió hablar de las experiencias de su infancia, revincularse con sus familiares o revisar el tipo de vínculos que establecían con parejas o familiares.

El sistema, la estructura que tiene la casa, es excelente. Y lo que hace que vos día a día te vayas superando. Día a día te superarás. Yo, la verdad, fue cuando pasé de ser... Yo a mí... Esta última internación, después de cuatro meses, cuando yo vuelvo, me la tomo en serio la rehabilitación, porque ya no tengo novia, no tengo nada fuera, tenía todos mis vínculos rotos, me puse fuerte y dije: No, loco, voy a hacerlo por mí. Voy a hacerlo por mí. Yo soy el que tiene que estar bien. Yo no tengo que estar pensando: ah, no, si mi mamá está bien. Cuando yo esté bien, ahí es cuando voy a brindar el bienestar a los demás. Eso lo aprendí acá y lo que aprendí con mi psicóloga y con los operadores que me ayudaron a darme cuenta de esto (Entrevista 9, 20-07-23, Centro, IC, masculino, 33 años).

Un referente de una CCC define a la estrategia de intervención como un acompañamiento integral, en todas las cuestiones de la vida de las personas (salud, educación, trabajo, vivienda, etc.), que comienza a partir de la demanda que éstas manifiestan.

Respetamos el proceso de ellos y vamos acompañando en lo que van demandando. Por ahí es otra cuestión de salud, por ahí es revincularse con alguien o buscar trabajo, hasta que aparece por ahí como la demanda

o esta posibilidad de empezar a problematizar lo que tiene que ver con el consumo. Y recién ahí acompañamos en lo que la persona decida y vamos ofreciendo como lo que se puede ofrecer desde el Hogar, en lo que tiene que ver con este tema; que puede ser desde un psicólogo, un psiquiatra, espacios de escucha, talleres, actividades, que no nos vamos a detener ahora en eso, pero bueno; ahí abrimos el abanico de posibilidades para acompañar en eso. Pero bueno, respetar el tiempo de cada uno de ellos, ayuda a que ellos puedan estar acá y esperar el momento a poder abordar esa problemática (GDV 4, 30-05-23, CCC).

En ambos dispositivos institucionales, la revinculación familiar es uno de los aspectos más importantes a trabajar, ya que muchos tienen un “vínculo roto”. Una referente de una CCC explicaba que trabajaba con las familias para que pudieran revincularse con ellos. Tener una red propia era fundamental para poder iniciar el proceso terapéutico.

Siempre tiene que haber alguien atrás que siga a la persona que viene, en el sentido que no se deposite a esa persona acá y que nosotros no podamos establecer una relación ni con su familia ni con nadie. Cada persona que viene acá viene, o acompañado por su familia, o por una organización social detrás, o con alguien que nosotros podamos hacer el contacto (GDV 4, 30-05-23, CCC).

Las IC muchas veces se encuentran en lugares alejados de donde viven las personas residentes, e igualmente el trabajo con las familias se considera fundamental, dado que: “Nosotros, una de las cosas que nos sucede, cuando se hablaba recién de la distancia, nosotros consideramos que interfiere en todo el proceso terapéutico, la imposibilidad de que la familia esté presente en el tratamiento”; y puede constituir la razón por la que las personas interrumpan el tratamiento alejándose de la institución (GDV 6, 1-07-23, IC).

4- Finalidad de las intervenciones

El fin último de la atención sanitaria es un organizador de los dispositivos, y brinda sentido a las intervenciones. En los momentos de toma de datos para este estudio, era frecuente que las personas que consumen sustancias psicoactivas explicaran que estaban intentando “dejar las drogas” y que los equipos de atención brindarían asistencia para lograr ese propósito. Mientras, para muchos referentes, la finalidad de las intervenciones se centraba en mejorar el acceso a los servicios de salud, de educación y de trabajo, promover procesos de autonomía y fortalecer el vínculo de las personas con sus familias o bien incluirlos en redes de cuidados, más que en lograr la abstinencia en el uso de sustancias psicoactivas.

“Dejar las drogas”

La mayoría de las personas entrevistadas, aún quienes concurrían a dispositivos territoriales, explicaron que estaban intentando dejar el consumo de sustancias psicoactivas. A veces, habían intentado dejar el consumo por sí mismos, pero no habían logrado sostener la abstinencia en el tiempo, por lo que volvían a intentarlo con el apoyo de las instituciones asistenciales.

Por ahí estaba bien un año, lo que fueron todos muy seguidos, lo máximo que estuve creo que fueron 4 años sin parar casi, 3 años y pico más o menos. Y después, acá en Entre Ríos, me acerco... en un momento conocí este lugar acá y me acerqué y ahí arranqué una vez por semana, terapia. Estuve casi un año y medio y después deje y ahora ya casi un año que estoy acá de nuevo, mejor ¿no? a lo que había dejado. Pero bueno

consumo, nunca más (Entrevista 7, 18-07-23, Centro, DTC, femenino, 38 años).

Uno de los entrevistados explica que el equipo de salud le brindó herramientas para controlar los síntomas de la abstinencia:

He comenzado a registrar, digamos cuando me venían las sensaciones de abstinencia, los ataques de pánico, o ya registraba mi gastritis que era propio de mi abstinencia. O, el empezar a registrar porqué me siento con escalofríos, con síntomas febriles. Abstinencia... y bueno con el tiempo, no fueron reincidentes, pero son cada tanto, pero es como que ya los puedo manejar. Antes al pánico yo lo alimentaba, lo alimentaba, lo alimentaba, y no tenía herramientas para poder manejarlo (Entrevista 20, 18-07-23, Cuyo, CAAC, masculino, 37 años).

Los entrevistados valoraban los distintos servicios que brindaban los dispositivos (talleres, espacios grupales, terapias individuales) para sostener la abstinencia. Un entrevistado mencionaba que era importante “ocupar el tiempo” porque era jubilado, así que valoraba los talleres que ofrecía la institución.

Y es como que nací de nuevo, porque sino yo no sé qué haría si no tuviera la clínica, los talleres, el lugar es maravilloso, la caminata. Bueno, tratar de ocupar las horas porque soy jubilado por supuesto. Así que digamos que ahora encontré una vida estable y limpia sin consumo (Entrevista 22, 28-7-23, Cuyo, CAAC, masculino, 75 años).

Varios entrevistados relataron que solicitaron el ingreso a instituciones residenciales alejadas de sus domicilios para distanciarse de los lugares de consumo. Pero allí también se despliegan otras estrategias para sostener la abstinencia, que van cambiando a medida que se desarrolla el tratamiento:

Trabajo, el gimnasio, estoy un par de días afuera... A medida que van viendo de que venís (sic) y volvés y no consumís... te van dando más libertades (...) Primero es algo restrictivo. Tenés que dormir acompañado y después puedes dormir solo. No puedes manejar plata, (después) puedes manejar plata. O puedes manejar sólo una cantidad (Entrevista 12, 21-07-23, Centro, IC, masculino, 42 años).

El consumo durante el tratamiento en los dispositivos residenciales es visto como una "recaída" que tiene que ser analizada tanto por el equipo de atención como por quienes se encuentran realizando dicho abordaje, para comprender la relación del sujeto con las sustancias.

-No sé qué me había agarrado, tenía unas ganas de probar a ver que me hacía... y no me dio ganas, de engancharme y de seguir consumiendo, ¿me entendés? Como que me saqué las ganas y después otra vez más. (...) He tenido oportunidades, pero no, no me volví a enganchar.

E: ¿Y cómo pensás que el lugar te ayudó a estar en esta situación, de no querer consumir?

-Yo creo que hablando... y bueno hablando... me ayudó mucho. Era como que vivía una vida de mentira. Toda mi vida. Mentiras, ocultarme, me entendés... y acá, al hablar, al blanquear todo, me ayudó mucho (Entrevista 10, 20-07-23, Centro, IC, masculino, 50 años).

Las estrategias para reducir los daños asociados al consumo problemático de sustancias psicoactivas

La concepción de reducción de daños se caracteriza por adecuar las intervenciones a las particularidades de la población, del territorio y al tipo de

problemas que presentan las personas que consumen sustancias psicoactivas. Los referentes explicaban que la flexibilidad no sólo tenía que ver con adecuarse a las necesidades de estas personas en cuanto a los días y horarios de atención, sino también a los cambios en los patrones de consumo de sustancias psicoactivas (en el tipo de sustancia, en la edad que poseen las personas que realizan tratamiento).

Una de las entrevistadas explicó que el acompañamiento del equipo de salud fue muy importante para poder acceder a la atención médica de un hospital y desintoxicarse:

O capaz que estoy en consumo, como me pasó hace poco que tuve una recaída, que estuvieron acompañándome, me hice una desintoxicación gracias a ellas. Porque ellas acompañándome, que por ahí son procesos que cuando estás sola o cuando no tiene una institución hacia el lado, cuesta más hacerla, porque uno no puede ir a un hospital y pedir una desintoxicación (Entrevista 8, 19-07-23, Centro, CCC, femenino, 23 años).

Para algunos referentes ofrecer un espacio terapéutico desarrollado en tiempo y espacio adecuados a las necesidades de las personas que consumen sustancias psicoactivas (es decir, con un “bajo umbral” de exigencia hacia ellos) permitía sostener el encuentro con ellos que de otro modo no hubieran podido sostener el vínculo con los equipos de salud.

Pensar en esto que digo, del umbral de exigencia de los encuadres creo que eso también es clave. A nosotros nos pasa con un usuario que hace ocho años viene al dispositivo, una persona esquizofrénica y viene al dispositivo todos los días a tomar mate, a compartir, a charlar, a estar; no tiene su espacio terapéutico con la psicóloga y el psicólogo (...) Quieras o no, para ese usuario es un tratamiento también (GDV 9, 2-6-23, DTC).

En cuanto a la disminución de los daños asociados al tipo de sustancias psicoactivas que se consume, algunas personas entrevistadas explicaron que quieren dejar la cocaína, pero continuar sosteniendo el consumo de marihuana, como forma de controlar la ansiedad, relajarse y sostener su decisión.

Yo siempre le digo a la psicóloga, el día que pueda dejar la marihuana, no sé, que algo me motive a dejarla, diríamos porque en este momento yo siento que es la droga que me hace alejar de la cocaína, entonces cuando yo me siento nerviosa o mal, o abstinente, me fumo un porrito y me relajo y me olvido (Entrevista 3, 13-07-23, Centro, DTC, femenino, 45 años).

Esta estrategia que era consensuada con una profesional, le había permitido bajar el consumo de cocaína considerablemente y ocuparse de sus hijos y trabajar. En este tipo de acciones, los referentes podían generar un vínculo con las personas que consumen sustancias psicoactivas que habilitara su intervención. Desde el punto de vista de los entrevistados, se trataba de encontrar distintos espacios que les permitieran abordar los problemas cotidianos, aún sin dejar el consumo.

Ello puede vincularse a lo planteado por Benedetti respecto de la noción de “regulación del consumo”, a partir de la cual se puede comprender la reconstrucción subjetiva puesta en juego por las personas que consumen sustancias psicoactivas, en el marco de un proceso terapéutico en el que paulatinamente el consumo problemático tiende a perder su carácter compulsivo o impulsivo y las personas pueden tomar decisiones respecto de lo que consumen y la frecuencia con que lo hacen. Dice la autora: “Destaquemos que no todo consumo es problemático. Regular el consumo implica que, en algún punto, éste deje de ser problemático” (Benedetti, 2015:36).

La intervención sobre el contexto de vida de las personas que consumen sustancias psicoactivas

Los referentes en los grupos de discusión virtual hablaban de la importancia de trabajar con el contexto donde se desarrolla la vida cotidiana de las personas que consumen sustancias psicoactivas, para promover la salud integral de la comunidad. Las actividades de promoción de la salud, especialmente en los dispositivos territoriales, son variadas, pero suelen organizarse en torno a la cultura, el deporte, la educación y el trabajo (sobre todo en articulación con el Programa Potenciar Trabajo). Así lo explica una referente:

Tenemos muy fuerte las actividades promocionales de cultura; nosotros acá tenemos una sala de ensayo y un estudio de grabación que bueno, que eso también nos permite mucha llegada a la población objetivo de jóvenes que bueno, que vienen, que aprenden a hacer producción musical, que graban sus propios temas, que también después organizamos para que puedan presentar los discos. Entonces eso está muy bueno porque se acercan muchos, muchos pibes y pibas a hacer los talleres de canto, a hacer los talleres de rap y bueno, después con esto de poder escribir sus letras, aprender a producir un tema, a hacer mezclas y estas cosas... bueno también es una buena oportunidad para trabajar la virtualidad con ellos y también esto que decía no me acuerdo qué compañera en relación a los sentidos que circulan alrededor de los consumos, porque aparece mucho en las letras, para nosotros también es una forma de poder trabajar con ellos los sentidos que circulan en relación a eso y a otras cuestiones relacionadas también al barrio, a su identidad (GDV 8, 2-6-23, DTC).

Según las/os referentes, las actividades culturales, deportivas, educativas y laborales se ofrecen como un espacio de expresión e interacción para la

población general que permite trabajar con los “sentidos que se otorgan al consumo de drogas”, no sólo con quienes se acercan a los dispositivos, sino también con los miembros de las redes institucionales en las que se incluyen.

O sea, es girar por diferentes escuelas de Bariloche. Empezamos por las que habíamos trabajado con los docentes, estamos como muy enfocados con esto de poder disputar el sentido común sobre los consumos y las drogas y los usos en la comunidad... entonces quizás no es como la asistencia directa a usuarios, pero trabajamos con gente que asiste con otras problemáticas, ahora estamos con la Radio Nacional Bariloche tratando de ver como se comunican estos temas... tenemos como otra pata que no es directamente la asistencia (GDV 8, 2-6-23, DTC).

Los referentes de los DTC explicaban que disputaban el sentido que tradicionalmente se le otorga al uso de sustancias psicoactivas y a la imagen de quien las consumen (como sujetos enfermos-delinquentes), para que los agentes estatales, sobre todo de las áreas de educación, justicia o salud, los trataran desde una perspectiva “de derechos y de cuidados”. Asimismo, esta inserción en las redes de asistencia les permitía la articulación interinstitucional para la continuidad de los cuidados, sobre todo si dejaban de concurrir al dispositivo:

Hay algunos usuarios que acceden a otro tipo de tratamientos, que van a una comunidad terapéutica, que se van un tiempo, pero la comunidad se comunica con nosotros, muchos usuarios que han pasado por un proceso de “internación” con montón de comillas, cuando salen hacen el ambulatorio con nosotros. Entonces en ese tiempo que no está viniendo de todas maneras nosotros tenemos como contacto, no directo -o a veces sí-, incluso con, ahora en este momento no, pero con usuarios que

han sido detenidos se tenía contacto y en ocasiones, de hecho, se podía hacer algún seguimiento (GDV 8, 2-6-23, DTC).

La atención de las familias de las personas que consumen sustancias psicoactivas

Para los referentes que participaron del estudio, la participación de las familias en el proceso de atención era sumamente importante. Ellos explican que trabajan con la familia ampliada de las personas que consumen sustancias psicoactivas o con “sus referentes socioafectivos” para fortalecer el vínculo, tratando de promover procesos de autonomía. Al respecto, la mayoría de las personas que consumen sustancias psicoactivas que fueron entrevistados valoraron cómo los equipos de atención fortalecieron la relación con sus familias:

Que mi psicóloga es lo mejor que me pudo pasar, me hizo vincularme de nuevo con mi familia. Mi papá no me hablaba, mi mamá no quería casi saber nada de mí. Hoy en día me vienen a visitar, me vuelven a brindar el amor que un padre te da. Tengo esa suerte que ya me revinculé con mi familia y ya estoy listo para salir ahí afuera, una cosa así (Entrevista 9, 20-07-23, Centro, IC, masculino, 33 años).

Las/os referentes explica que, en ocasiones, los miembros del equipo se ofrecieron como acompañantes, frente a otras instituciones (penales, de salud), ante la ausencia de familiares:

Tenemos varios casos de familias, de madres con hijos, y lo que va pasando, también con los jóvenes, que se hacen muy parte; esto que decían hace un rato, muy parte de como una familia. Hay un vínculo muy

fuerte con el centro. No tanto con las redes familiares de ellos. Porque son bastante rotas, más bien que no ayudan en el tratamiento, ¿no? Entonces nosotros hacemos como el espacio de familia que sostiene (GDV 1, 29-05-23, CAAC).

En cuanto a la relación que se establece entre los equipos y las personas que realizan tratamiento, una de las entrevistados, que concurría a una CAAC, menciona que:

Y después bueno, los apoyos que te dan ellos. El amor que te brindan. Imaginate que nosotros venimos acá y queremos venir a las diez de la mañana (a las diez de la mañana abre, acá), venimos, desayunamos. Después almorzamos y se abre una mesa grande, y que se yo. Tenemos como un grupo... de familia. Encontré la familia que me hacía falta, ¿viste? Y otra cosa que no me aparto de acá. No me aparto (Entrevista 18, 26-07-23, CABA, CAAC, femenino, 34 años).

En los CAAC o en las CCC, las personas que consumen sustancias psicoactivas podían continuar participando de otros espacios de la organización, o bien solicitar atención ante otros problemas, o sólo seguir en contacto para mantener el vínculo con las/os referentes. Así lo explicaba una referente:

No pensamos en términos de alta, digamos, sino que lo pensamos más en términos de egresos. Tratamos de que esos egresos sean en función de algún eje, que puede ser que conformó su familia y no necesita más el espacio, que consiguió un trabajo. Nosotros también tenemos espacios productivos que a veces, bueno, no viene más la convivencia, pero está trabajando en la panadería y se la compañía desde ahí (...) Es entender esos 'ir y venir', esas vueltas, que a veces vuelvo porque no sé, me di cuenta, estoy consumiendo una banda y me quiero rescatar o, vuelvo

porque caí en cana y necesito a alguien que me escuche y me lleve un bagayo o lo que sea (...) Cuando vos tenés ese vínculo con las pibas, generás esa referencia que después la acompaña, aunque sea solo para venir y contarte que, no sé, que conozca a su hijo, digamos, nosotros entendemos que eso también es acompañar, aunque no sea en el cotidiano que tener parte de las vidas (GDV 2, 29-05-23, CAAC).

A diferencia de las instituciones conveniadas, donde el plazo del tratamiento está definido por las condiciones de contratación, la relación de las personas que realizan tratamiento con las instituciones más territoriales podía sostenerse más allá de la superación de los problemas que motivaron la intervención⁶.

5- Territorio

En este apartado se analiza la dimensión en base a las siguientes subdimensiones: determinante, condicionante, como espacio de intervención, como sociabilidad y sujetos colectivos.

Territorio como determinante

Dentro de esta subdimensión, que analiza el territorio como determinante en las prácticas de consumo, las citas utilizadas para el análisis corresponden sólo a las personas que asisten los dispositivos. Estas mencionan que en los barrios donde vivían o viven pueden conseguir la sustancia con facilidad porque conocen los lugares en donde adquirirla. Algunos/as incluso hicieron referencia a los distintos puntos de compra de camino a la institución en que realizaban el tratamiento.

Mira, sin ir más, ahí en donde está La Boca y se consume mucho, pusieron un comedor, para que puedan ir a comer, para que tengan

acompañamiento psicológico. No quise ir y eso que estuve ahí, iba dos veces por ahí a comer un poco y no quería hacer el tratamiento psicológico, no quería estar todo el día ahí, porque no me sentía cómoda y preferí salir de ahí. Yo me quedo con Forestal, no es porque tenga preferencia, no; me gusta cómo me atiende también, si yo sigo acá no voy a dejar la droga, porque estoy acá. Salir de ahí, de estar todo un día sin consumir, haciendo otra cosa, en cambio cuando yo salgo de acá, yo me voy a mi casa y no estoy pensando en drogarme. En cambio allá sí, ¿me entiendes? Porque está en la boca del lobo, donde salgo del comedor hasta dónde venden, al otro lado venden, en el otro lado venden. Salen todos pensando. Encima mal, iba con mis cosas de consumo al comedor y no era justo, porque digo 'no puede ser, no estoy faltando las reglas', pero no podía porque estaba ahí. Yo salía del comedor y yo me iba a caminar ahí, me iba a drogar, en cambio acá salgo y yo tengo que sé que tengo que ir a mi casa, no salir pensando que tengo que irme a drogar, ¿entiende? Es otra causa, yo la veo de esa manera, ustedes no sé qué me dicen (Entrevista 5, 25-07-23, NOA, DTC, femenino, 50 años).

Éramos chicos y ahí en mi barrio había un grupo de gente que andaban todos robando porque prácticamente había mucha gente que robaba en mi barrio. Estaban fumando y bueno, estando con ellos empezamos a fumar. Y una cosa llevó a la otra, después al frente de mi casa justo había una farmacia. Y bueno, y ahí ya empezamos con jarabe, viste, ya sea TorfanaH©, Talasa© y todas esas cosas. Hasta que empezamos a tomar pastillas, de toda clase de pastillas. Y no necesitábamos recetas porque éramos del barrio y nada, la farmacia estaba enfrente del barrio, viste. Ya éramos chicos, pero éramos chicos y no tan chicos, viste. Éramos chicos grandes ya, porque hacíamos cosas de grandes también (Entrevista 23, 11-08-23, AMBA, CAAC, masculino, 52 años).

Me voy a pedir la beca un viernes a Sedronar. Me quieren dar un ambulatorio. Yo le dije que yo no quería un ambulatorio. Yo necesito internarme. Y me dice: Te voy a conseguir una por Lanús. Le dije: No, mandame lo más lejos de mi casa, al lugar que yo sé que no voy a poder volver... Porque yo sé que estoy cerca de mi casa y... Y me dice: Ah, tengo Mercedes. (Dice): Bueno, ahí. Y me derivaron acá. El viernes fui a pedir la beca y el lunes ya tenía el lugar de internación (Entrevista 16, 25-07-23, Centro, IC, masculino, 26 años).

Por otro lado, aludieron al alejamiento del barrio en que vivían como una de las estrategias implementadas para la disminución del consumo y las dificultades manifiestas a las que se enfrentaban si continuaban permaneciendo allí:

Y mi mamá en ese momento ya estaba viviendo en Ezeiza, había alquilado en Ezeiza con la pareja que está actualmente, ahora. Mi papá la llama a mi mamá y le dice que me lleve a mí del barrio porque me voy a terminar muriendo, me van a terminar matando. Yo me voy a vivir con mi pareja a Ezeiza a la casa de mi mamá, donde alquilaba (Entrevista 16, 25-07-23, Centro, IC, masculino, 26 años).

Decidí alejarme de mi barrio, porque es el barrio que me llevó a la perdición, ¿viste? Ahí tengo toda la gente que... nada, tengo todo... hasta el día de hoy que yo cada vez que voy para mi barrio me ofrecen todo (Entrevista 23, 11-08-23, AMBA, CAAC, masculino, 52 años).

Lo que sí quisiera es irme de mi barrio. Voy a ver qué hago, porque mi nene está en internación. Está internado. Y el barrio... ponele. Nosotros tenemos la venta a media cuadra, de mi casa. Esta la droga ahí está en el barrio. Como yo les digo a los psicólogos. Lucho día a día. Lucho, porque está ahí nomás, a un paso. Pero ya no me interesa. Yo me siento

recuperada al cien por cien, pero obviamente que tengo que estar atenta a todo. Me estoy preparando... me quiero preparar para cuando mi hijo salga de la internación. Me gustaría cambiar de barrio (Entrevista 6, 18-07-23, AMBA, CAAC, femenino 39 años).

Antes vivía acá en este barrio, conozco todo. Pero cambié de barrio por el tema de la gente y todo bien (Entrevista 1, 10-07-23, AMBA, CAAC, masculino, s/d edad).

Territorio como condicionante

Uno de los aspectos a destacar en esta subdimensión es lo señalado por referentes de las CAACs respecto de su emplazamiento en barrios de extrema vulnerabilidad social y económica, en los que la problemática de consumo es crítica.

Nosotros estamos hace casi dos años. Nosotros estamos ubicados en un barrio que se llama SP, que pertenece a un corredor de casi 20 barrios, donde la problemática la verdad es terrible, ¿no? Es más, se le dice el corredor de la droga a estos 20 barrios donde nosotros estamos instalados. Nosotros y otros dispositivos de otras organizaciones estamos en este barrio (GDV 1, 29-05-23, CAAC).

La CAAC en este momento está instalada en Volcadero de Paraná, es un lugar en donde estamos a unos 300, 200 metros del basural municipal, donde llegan alrededor 300 toneladas de basura. Llegan todos los desechos de todo Paraná y de ciudades de alrededor, donde muchas familias, más con lo de la pandemia, por la situación de falta de trabajo, la situación económica, se han acercado al Volcadero a rescatar y recuperar

algo para vender y así tener un recurso. Y en esa situación hay un montón de viviendas alrededor de ese basural que la mayoría trabaja en eso, en el medio de los desechos, en una situación muy difícil, donde hay familias enteras que están recuperando, están 10 o 12 horas al día al rayo del sol, van los gurises porque no tienen con quién dejarlos, entonces también están los gurises ahí dando vueltas en el basural. Hay muchos jóvenes que han iniciado el consumo y que ya están en una etapa de consumo en donde presentan una situación donde están todo el día trabajando en el Volca para poder ir a comprar droga, o sea, para ir a comprar una bolsa, le llaman ellos, que es principalmente cocaína mezclada con algo más, puede llegar a tener esa mezcla cualquier cosa, hemos escuchado comentarios que han mezclado con algunos ansiolíticos o hasta incluso con polvo de fluorescente. Entonces en esa situación viven cientos de familias cerca del Volcadero y la CAAC está ubicada justamente a 200 metros de donde esta situación que se vive cotidianamente, circula y atraviesa la CAAC y los que se acercan a la CAAC (GDV1, 29-05-23, CAAC).

Otra de las cuestiones que mencionan la/os referentes de las CAAC es la ausencia de instituciones en el territorio en que las personas puedan pernoctar. Estos contextos, leídos desde la precariedad y las carencias, pueden aumentar la posibilidad de consumo, las situaciones de violencia o la imposibilidad de conseguir alimentos, complejizando el trabajo que se viene realizando desde las instituciones de la Sedronar Además, comentan que la cuestión de género es un condicionante adicional por la exposición a mayores índices de violencia, lo que también interfiere en la continuidad de los tratamientos.

Nosotros, lo que vemos, por ejemplo, nuestra ciudad, no hay centro de noche, o sea, no hay un lugar a donde pueden ir a pasar la noche. Entonces, de repente están haciendo su ambulatorio en nuestra CAAC, o

están haciendo un ambulatorio previo a una internación voluntaria, o cualquier tipo de tratamiento estén realizando de repente, están desde las nueve de la mañana hasta las seis de la tarde con nosotros en el dispositivo, pero después tenemos que cerrar y ellos terminan en la calle, y eso perjudica muchísimo, digamos la continuidad de un tratamiento, porque lo cierto es que están en situación de calle te expone siempre, digamos a eh, a tener mucho más abierta la posibilidad de recaer en el consumo o mismo de por estar pasando, hambre, frío o violencia o lo que sea, digamos terminar también con los pibes consumiendo en la esquina. Y muchas de las personas acompañamos nos dicen de que la verdad que sería buenísimo para ellos poder contar con la posibilidad de ir a un tener un lugar a donde poder ir a dormir especialmente mujeres, porque es muy diferente, podemos observar, ser mujer en situación de consumo que ser varón en situación de consumo (GDV 2, 29-05-23, CAAC).

Porque generalmente las mujeres, eh, directamente, sus cuerpos son, eh, mercancías de intercambio, digamos. Entonces, generalmente las pibas te dicen, o sea, 'tengo que abrir las piernas para dormir en una cama'. Son cosas que a los pibes no les pasan, digamos. Entonces, nosotros acá vemos que, si en esta ciudad hubiera, digamos un a lugar dónde pasar la noche, probablemente habría mucha más gente recuperada o en situación, mucho mejor de salud de todo. Y también probablemente eh, recuperada no. O con mucha más posibilidad de que el tratamiento ambulatorio sea más efectivo (GDV 2, 29-05-23, CAAC).

Referentes de las IC sostienen que las características y contextos provinciales en los que se encuentran condicionan la posibilidad de pensar estrategias de intervención. Mencionan que la falta de hospitales municipales, las poli consultas que se realizan en el hospital provincial y la carencia de dispositivos

municipales obstaculizan la construcción de una red dentro del territorio. La falta de profesionales cerca del lugar de pertenencia de las personas que consumen sustancias psicoactivas y las grandes distancias que deben recorrer para garantizar los seguimientos también funcionan como condicionantes a la hora de pensar las estrategias de intervención.

Nosotros tenemos una limitante acá en la provincia que tiene que ver con la red de salud mental de consumos problemáticos, sobre todo en el interior. Hemos tenido un usuario, que acá tenía psicoterapia dos veces por semana, el psiquiatra lo veía, tenía todo el dispositivo y tuvimos que mandarlo a Chamental a 200 km de acá, y tiene una sola psicóloga el hospital para todo el pueblo. Le daba turno literalmente cada mes y medio, como decía María. Tenemos esta dificultad, con tiempos acotados, y derivar... poder sostener afuera, y volver (GDV 6, 1-07-23, IC).

“Pensaba en Mar del Plata que es una ciudad con casi un millón de habitantes; como les decía no tiene un hospital municipal, o sea hay un hospital provincial que es un hospital de agudos que cinco u ocho distritos alrededor de Mar del Plata derivan pacientes complejos, y en la misma fila esta aquel que esta con una situación de apendicitis, un tiro, un vuelco en la ruta, digamos hay un cuello de botella ahí que no pudimos resolver en décadas... entiendo que muchos usuarios de tratamiento con ocho o diez años de situación de calle, donde no hay red, no hay familia, donde no hay dispositivos intermedios, la posibilidad de una casa de medio camino, u hogares. Mar del Plata tiene un hogar está sobrepoblado hace mil años, o sea no hay posibilidad de construir... la realidad te condiciona, por más voluntad, por más trabajo (GDV 7, 1-06-23, IC).

A los obstáculos recién expuestos respecto de la articulación interinstitucional, comentan también las dificultades con las que se encuentran para construir una

red de referencia que progresiva y paulatinamente brinde apoyos a las personas que regresan a sus lugares. Este aspecto lo evalúan como un condicionante de relevancia a la hora de pensar los egresos.

Para mí el escenario actual [es] de fragilidad del tejido social y del consumo fumado, que genera una dependencia más grande, eso por lo menos es lo que encontramos y estamos viendo, pero en líneas generales los abandonos que tenemos se han dado porque son personas que están muy lejos de sus domicilios y hacen que se quieren volver, ese factor es el que nos pasa, por una particularidad nuestra de recibir personas de otra localidad. En lo local, se ha podido trabajar en reconstruir algo del lazo social, lazo socio-afectivo más que social pero bueno, estamos en un momento también difícil (GDV 7, 1-06-23, IC).

Territorio como espacio de intervención

La/os referentes mencionan que la primera intervención en el contexto territorial es la realización de un relevamiento institucional en el barrio y la identificación de sus problemáticas más relevantes. En algunos casos señalan que incluso hay talleristas o miembros del equipo de trabajo que son habitantes del barrio, lo que se constituye en una arista más de integración territorial a la vez que significativa para el conocimiento de las dinámicas comunitarias y la articulación con otros efectores.

Nosotros cuando decidimos abrir el dispositivo, cuando nos enteramos del programa de Sedronar, lo primero que hicimos fue un relevamiento en el barrio para saber dónde íbamos a estar ubicados y cuál era la problemática real que había en el barrio. Lo cual hicimos un relevamiento con todas las instituciones, entidades deportivas, religiosas, políticas que

había en el barrio, para empezar a trabajar y articular. La mayor respuesta la tuvimos con otros dispositivos de algunos movimientos sociales, como por ejemplo hay un compañero de Un Pibe Menos por la Droga que hace un trabajo muy lindo en este corredor, los chicos de Red Puente. Y nosotros detectamos con ese relevamiento, detectamos más las experiencias personales del equipo que se formó acá en nuestro dispositivo, como decía el compañero N. hace un rato, algunos transitamos dentro de la familia problemática de consumos, todo eso nos fue formando (GDV 1, 29-05-23, CAAC).

Red puentes está en el barrio La Favorita desde el año 2017, estamos en lo que es la biblioteca popular del barrio, así que el edificio ya es conocido por la comunidad, pero cuando llegamos empezamos a trabajar... empezamos a hacer como un reconocimiento de la comunidad y muchos de los talleristas del espacio son del barrio (GDV 2, 29-05-23, CAAC).

Así, la articulación con otras instituciones o referentes barriales permite ir generando un entramado de sostén comunitario. Afirman que el trabajo en red con escuelas, centros de salud, centros culturales y deportivos o bibliotecas populares posibilita mayor permeabilidad de la información y que las personas lleguen referenciadas desde espacios que tienen anclaje territorial.

Hay dos personas del equipo que trabajan en los barrios de Palpalá, son las que articulan con centros vecinales y con las escuelas, que eso también antes se me olvidó decir que es otra de las formas de acceso, ¿no?, que se enteran por ellas, que van articulando con centros vecinales y escuelas de Palpalá el trabajo que se hace acá y dan a conocer también, ¿no?, la oferta que tenemos (GDV 8, 2-6-23, DTC).

Esa es uno de lo que nos permite ser conocido en el barrio, además de una articulación en red con todos los efectores que están en el barrio. Hay cuatro escuelas secundarias, hay dos escuelas primarias y dos centros de salud. Eso, en los años que han pasado, hemos hecho un buen laburo en red, y muchos de los pibes y las pibas que nos llegan referenciados son desde las instituciones. Ya sea desde la psicóloga del centro de salud, del equipo de orientación de la escuela (GDV 2, 29-05-23, CAAC).

Y en estos casos también sucede que nos lleva a articular con otros niveles de atención o instituciones para trabajar en conjunto. Porque generalmente son casos que vienen como un poco estallados. Se acerca gente que vive en el barrio, también hemos tenido personas que se acercan que son de barrios cercanos (GDV 1, 29-05-23, CAAC).

Territorio como sociabilidad

Referentes de las CAAC mencionan que en varias oportunidades han realizado entrevistas en los domicilios de las personas que concurren al dispositivo, lo que ha resultado ser de suma utilidad dado que permitió conocer y acercarse a sus vínculos socioafectivos, al hábitat en que residen y las dificultades que en la cotidianeidad se les presentan. Comentan, por otro lado, que implementan estas estrategias cuando algunas de estas personas dejan de asistir a los espacios terapéuticos y pueden trabajar con ellos/as los motivos de esa discontinuidad.

El tratamiento muchas veces se interrumpe por muchas cuestiones que tienen que ver con la subjetividad de la persona, con cuestiones que le pasa. Recién charlábamos, nos dábamos cuenta también que muchas veces es con el encuadre, no cuando las personas van al consultorio, se genera algo privado, si no que a veces, ese ámbito privado se lleva a la

casa. Por ejemplo, muchas veces hemos hecho visitas domiciliarias y funciona mucho más yendo a la casa que la persona se acerque al dispositivo o muchas veces en la casa, en otros espacios, en otros lugares y momentos (GDV 1, 29-05-23, CAAC).

Por ahí nos llegamos hasta la casa, en esto que dice Giuli. No era, por ahí, la intención de dejar el proceso terapéutico o el dispositivo si no que pasaron otras cosas contextuales, como no sé, la pareja no la deja llegar al dispositivo en algunos casos o se le enfermaron hijos y no tiene con quien dejarles, etc. Entonces en esos momentos hacemos estas entrevistas domiciliarias para que pueda continuar trabajando en el espacio terapéutico hasta que se recomponga como el contexto más de la casa, del dispositivo, de Casa Pueblo, o del consultorio. Y que, de hecho, en algunos momentos, ha estado como muy beneficioso la ida, porque se han podido sostener encuentros con el resto de la familia. Digo, estaba la pareja dando vueltas, entonces nos hemos sentado todos a hablar de la situación, o hijos dando vueltas con alguna situación de, nos hemos podido levantar a hablar sobre algún hecho que estaba sucediendo en la familia, ehh... (GDV 1, 29-05-23, CAAC).

A modo de cierre: De la matriz prohibicionista-abstencionista al modelo de abordaje integral comunitario

Los primeros dispositivos destinados a la atención por uso de sustancias psicoactivas en el país estuvieron orientados por el paradigma prohibicionista, que consideraba el uso de sustancias psicoactivas en sí mismo como peligroso y a las personas que la utilizaban como enfermos-delinquentes. Este paradigma, base de la legislación que penaliza la tenencia de sustancias psicoactivas para

uso personal, sitúa las respuestas estatales ante el problema de las drogas tanto en la criminalización de quienes consumen como en su medicalización (Corda y otros, 2014).

Hacia la década del '90 la epidemia de VIH mostró las limitaciones del prohibicionismo para abordar la complejidad del problema de las drogas. En ese contexto, el paradigma de reducción de daños, que se centra en prevenir los daños asociados al uso de sustancias psicoactivas más que prevenir dicha utilización, comenzó a ser considerado desde las políticas públicas, como una estrategia posible para facilitar el acceso de las personas que consumen sustancias psicoactivas a los servicios de asistencia, mejorar sus condiciones de vida y afirmar sus derechos como ciudadanos.

La sanción de la Ley de Salud Mental 26657 resultó un hito en la atención por uso de sustancias psicoactivas porque lo incluyó como problema de salud mental y afirmó la necesidad del pasaje de un modelo hospitalo-céntrico a uno basado en el enfoque comunitario. La decisión de la Sedronar de abocarse a la atención socio-sanitaria así como el desarrollo de dispositivos territoriales que brindaran esa asistencia, afirmaron el paradigma de reducción de daños como finalidad de las intervenciones hacia las personas que consumen sustancias psicoactivas.

Actualmente la Sedronar gestiona una extensa red de dispositivos de atención por uso de sustancias en todo el país destinados especialmente a la atención de los grupos más vulnerables; incluye tanto a dispositivos ambulatorios como a residenciales, siendo los primeros los que mayoritariamente la integran. La diversidad de dispositivos reúne en un mapa muy heterogéneo –dadas las características de los mismos– un conjunto de alternativas institucionales que pueden adecuarse a las necesidades de los sujetos. De esta manera, por ejemplo, las IC dan respuesta a quienes necesitaban alejarse de sus barrios, mientras que

las CCCs que también trabajan desde una modalidad residencial lo hacen en los propios territorios. Asimismo, las CAACs, que implementan intervenciones de bajo umbral, facilitan el acceso a la atención de personas que no podrían sostener con regularidad pautas de encuentro muy rígidos.

La conformación de una red federal de gestión públicas de abordaje de los consumos problemáticos, integrada por dispositivos institucionales de inserción territorial, si bien con objetivos y modalidades de intervención bien diferentes constituyó el marco de referencia para la implementación del modelo que actualmente se desarrolla.

¿Cuáles son sus particularidades?

- dispositivos territoriales que despliegan estrategias terapéuticas centradas en la perspectiva de la atención integral del sujeto -no solamente en la perspectiva clínica de intervención- que incluyen actividades vinculadas a la restitución de derechos de las personas que asisten.
- instituciones que llevan a cabo acciones de promoción de la salud dirigidas a la población general, que promueven el fortalecimiento de las redes comunitarias y la inserción de las personas que consumen sustancias en ellas. Teniendo en cuenta a los referentes mencionaron que muchas de estas personas suelen desvincularse de sus redes familiares, el trabajo con las familias constituye otro eje de las intervenciones. Pero en el caso de que no sea posible “revincular”, muchos equipos se constituyen en sus soportes afectivos para acompañarlos en la superación de situaciones problemáticas.
- estrategias de intervención que pretenden facilitar el acceso de las personas que consumen sustancias psicoactivas y ofrecerles la

asistencia que requieran. En este sentido, el desarrollo de dispositivos territoriales “de bajo umbral” permite alcanzar a una población que difícilmente podría concurrir a otros espacios terapéuticos.

- Modalidades de intervención que desplazan la centralidad otorgada a la sustancia –y por tanto a la responsabilidad individual del sujeto que consume–, a partir de implementar abordajes situados y contextualizados que posibilitan trabajar la complejidad. Se observa además un desplazamiento o corrimiento semántico que pretende afianzar desde lo discursivo este cambio de posicionamiento: del tratamiento clínico al abordaje de la problemática o procesos de acompañamiento, del abandono a la itinerancia, de las recaídas a las discontinuidades, de la institución que internaba al dispositivo residencial.
- Una política pública que organiza en torno del concepto de Cuidados la articulación de diferentes perspectivas y realidades. El Cuidado se presenta sí como una premisa que atraviesa los dispositivos de asistencia, la accesibilidad y la sostenibilidad.

Ahora bien, en este estudio, son las personas que consumen sustancias psicoactivas quienes hablaron de su propósito de “dejar las drogas”, desde una concepción que ubica el origen y las consecuencias del problema en el sujeto que consume y en parte, en su historia familiar.

Puede advertirse en estas explicaciones la persistencia del discurso que Helen Nowlis (1975) llamó “moral jurídico”. En este discurso, ciertas sustancias son consideradas peligrosas en sí mismas, lo que justifica su prohibición. Quienes las consumen son consideradas “viciosas”, y al transgredir la prohibición, también como delincuentes, lo que genera una paradoja, ya que al mismo tiempo que es

culpable de usar una sustancia prohibida, es ésta quien controla sus acciones. La culpabilización de las personas que consumen sustancias psicoactivas conduce a procesos de estigmatización sobre ellos, que los lleva a ocultar sus prácticas como forma de evitar la segregación y aproximarse a los servicios de asistencia sólo ante situaciones críticas.

Por el contrario, el discurso moral jurídico no estuvo presente en la discusión entre los referentes que participaron del estudio. Ellas/os explicaban el uso problemático de sustancias haciendo referencia a la confluencia de procesos sociales de empobrecimiento y de exclusión social, que configuraba la consolidación, al menos en el discurso, del pasaje de una concepción individualista y moralizante a una comprensión social del problema. Podría encuadrarse dicho planteo en el marco del Modelo "socio-cultural" (Nowllis, 1975), surgido también en la década de los '80, que propone una mirada centrada en lo social, especialmente en la dimensión macrosocial de la problemática. Tal como lo describe Edith Benedetti: "*cualquier exponente de este modelo podría sostener que «la droga funciona como evasión de la realidad» y por eso se convierte en un síntoma de una sociedad en crisis. O si lo pensamos desde los individuos, en la manifestación de la imposibilidad de esa sociedad de ofrecer a esos individuos un proyecto existencial"* (2015: 28).

Respecto de la dimensión territorial, también surgieron diferencias entre la perspectiva de las personas entrevistadas y la de las/os referentes participantes. Los primeros sostuvieron en su mayoría que la finalidad de los tratamientos consistía en lograr la abstinencia por tanto el territorio se tornaba en un espacio amenazante para ese objetivo pues podían acceder a las sustancias más fácilmente en sus barrios. En esta lógica, alejarse de los lugares de consumo resultaba ser una estrategia para controlar el consumo problemático, lo que los

motivaba a solicitar el ingreso a un dispositivo residencial alejado de sus ámbitos cotidianos.

Para los referentes que participaron de los grupos de discusión virtual en cambio, el territorio era el espacio que posibilitaba el encuentro con las personas que atravesaban situaciones de consumo problemático, sus familias y las redes comunitarias que podrían brindar asistencia. Advertían, además, que la inclusión en los equipos de atención de referentes que eran vecinos de las personas que consumían sustancias psicoactivas, permitía construir vínculos más cercanos con ellos y sus familias. Al respecto, la revinculación familiar constituyó un eje de la atención para la mayoría de los referentes y de las personas entrevistadas. Cuando esto no era posible, varios referentes comentaron que ellos mismos se constituían en esa figura de referencia afectiva para facilitar sobre todo el acceso de las personas que realizan tratamiento a las redes institucionales de asistencia.

La cercanía territorial también les daba la posibilidad de “acompañarlas” en distintos momentos de sus vidas, ya que el vínculo con los equipos de las instituciones podía persistir más allá de la superación del consumo problemático. Como lo señalaban varias/os referentes, dichas personas solían volver no sólo ante nuevos problemas que podían presentarse, sino a compartir alguna parte de su cotidianeidad con ellos. Estas últimas referencias podrían asociarse a un quinto modelo de análisis: el “ético social”, que un grupo de profesionales de la salud reunido en la organización no gubernamental FAT (Fondo de Ayuda Toxicológica), lo presentó ante la Unesco. Se trata de un modelo que, basado en la sociología crítica, problematiza la relación del sujeto con la sustancia psicoactiva en un contexto determinado e incluye la pregunta por el proyecto vital como dimensión central a considerar.

Sin embargo, se destaca en el análisis de las dimensiones una presencia persistente de las dificultades que las mujeres y diversidades tienen en el acceso y sostenibilidad de los abordajes terapéuticos respecto de los varones. Esta cuestión diferencial –y otras vinculadas a las trayectorias terapéuticas– referenciada tanto por las personas entrevistadas como por referentes institucionales será abordada específicamente en los capítulos siguientes, tal como se dijo en la introducción.

Teniendo en cuenta que las explicaciones sobre los padecimientos son un importante núcleo de producción de significaciones colectivas, en los que intervienen tanto los grupos sociales afectados por los problemas de salud tanto por las instituciones que se ocupan de darles respuesta (Menéndez, 1994), es posible pensar que la consolidación del modelo integral comunitario como política pública podrá ir modificando las representaciones que tienen las personas que consumen sustancias psicoactivas y los grupos sociales con los que se relacionan, tanto sobre el problema de las drogas como sobre sí mismos. Al respecto, las discusiones sobre “el cambio de sentido” del problema, promovido por varios referentes, parece una vía posible para afianzar la concepción de las personas que consumen sustancias psicoactivas como sujetos de derechos, aunque la penalización de la tenencia de drogas para uso personal sea una política que contradictoriamente, perpetúe la matriz prohibicionista-abstencionista.

Capítulo 3. Experiencias biográficas y trayectorias terapéuticas en relación con la accesibilidad y sostenibilidad de los tratamientos

Introducción sobre el análisis centrado en las trayectorias

Sobre el análisis centrado en las trayectorias

Cualquier análisis de prácticas de consumo problemático de sustancias psicoactivas se enfrenta a un doble desafío epistemológico. Por una parte, el de construir conceptos de alcance general, amplio sobre una problemática que atraviesa al conjunto de la sociedad e involucra a todos los grupos sociales en la especificidad de sus situaciones particulares. Y a la vez, todo análisis supone el desafío de dar cuenta fielmente de las múltiples situaciones y circunstancias singulares por las que atraviesan las personas en sus historias personas y que describen trayectorias de consumos, control y gestión de los propios riesgos y daños, y aun las trayectorias terapéuticas, de tratamientos y de cuidado en el marco de las instituciones y por fuera de ellas.

Barrenengoa plantea que:

“La fertilidad de la noción de “trayectoria” reside en 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. En tal sentido, surge como una vía de acceso posible a la subjetividad en problemáticas sociales complejas (Carballeda, 2014)” (2020: 29).

Desde esta perspectiva se asume que, por definición, las situaciones de los individuos son múltiples, variables, de modo que *no pueden definirse como estados permanentes e invariables*. Siguiendo a Bourdieu, el autor propone “la noción de trayectoria como ‘serie de las posiciones sucesivamente ocupadas por

un mismo agente (o grupo) en un espacio en sí mismo en movimiento y sometido a incesantes transformaciones” (Bourdieu, 1977: 82, citado en Barrenengoa, 2020: 29).

A su vez, el concepto de trayectoria, también es factible pensarlo desde una perspectiva de cuidados, a partir de visibilizar y potenciar las prácticas que ya se vienen realizando en las comunidades. Esto permite conocer y reconocer los cuidados-descuidos que se producen entre las estrategias de autoatención y de atención entre pares (Menéndez, 2009), elementos claves para pensar la promoción, la prevención y la asistencia en materia de consumos problemáticos de sustancias.

Esto implica reconocer que la dimensión cuidadora no empieza ni termina en los dispositivos de salud, sino que transcurre en las múltiples trayectorias que las personas realizan en su cotidianeidad (Benet, Merhy y Pla, 2016).

Así, el concepto de trayectoria busca dar cuenta de las especificidades de las situaciones y posiciones subjetivas en las por las que transitan los sujetos, no como una mera sucesión lineal y aleatoria, sino como “el modo en que se entretajan esas posiciones en una historia de vida”. Esta perspectiva permite poner en relación los diferentes niveles de análisis –micro, meso y macro– de las situaciones singulares y de sus contextos a partir del encadenamiento que resulta de la interpretación reflexiva y epistemológicamente crítica de los relatos de los sujetos.

Para comprender las trayectorias terapéuticas de personas que atraviesan consumos problemáticos de sustancias y su relación con el abordaje integral comunitario en dispositivos de la red de Sedronar, interesa en este capítulo analizar la cuestión en dos grandes bloques:

- por una parte, las historias de vida de cada uno de los entrevistados y las entrevistadas, en las dimensiones relativas a aspectos generales de sus biografías, sus trayectorias y sus experiencias de consumo; y,
- por otra parte, sus trayectorias terapéuticas, con especial interés en los elementos que resultaron significativos en los relatos para dar cuenta de la accesibilidad a los tratamientos y su sostenibilidad en diferentes situaciones.

En este capítulo se analizan los relatos de vida de 23 personas que atravesaron situaciones de consumo problemático y que realizaban tratamiento en distintos tipos de dispositivos con diferentes modalidades de atención, tanto residencial como ambulatoria/comunitaria. Las personas entrevistadas estaban llevando adelante procesos de tratamiento en dispositivos de la red federal de la Sedronar. En la Tabla 1 puede apreciarse el detalle de las fechas de las entrevistas, las localidades en las que residía cada persona entrevistada o en las que se ubicaba cada dispositivo de tratamiento, el tipo de dispositivo –con modalidad residencial: Instituciones Conveniadas (IC) y Casas Convivenciales Comunitarias (CCC); y con modalidad ambulatoria: Dispositivos Territoriales Comunitarios (DTC) y Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC)–, así como el género y la edad en años de la persona entrevistada.

La muestra tuvo un alcance territorial y federal amplio: la distribución de los dispositivos de atención en los que se realizaron las entrevistas abarca localidades en ocho provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Entre las localidades de la Provincia de Buenos Aires se incluyen cinco jurisdicciones pertenecientes al área del Gran Buenos Aires –Caseros, Ingeniero Budge, Lomas de Zamora, Merlo y Vicente López– más las localidades de Mar del Plata y Mercedes.

Tabla 1 - Fecha de entrevista, localidad, tipo de dispositivo, género y edad de cada persona entrevistada (n = 23)

	Fecha	Localidad y provincia	Dispositivo	Género	Edad
1	10/7/2023	Merlo, Buenos Aires	CAAC	Masculino	S/D
2	12/7/2023	San Carlos de Bariloche, Río Negro	CCC	Masculino	55
3	13/7/2023	Mar del Plata, Buenos Aires	DTC	Femenino	45
4	14/7/2023	Mar del Plata, Buenos Aires	DTC	Masculino	58
5	17/7/2023	El Carmen, Jujuy	DTC	Femenino	50
6	18/7/2023	Ingeniero Budge, Buenos Aires	CAAC	Femenino	39
7	18/7/2023	Colón, Entre Ríos	DTC	Femenino	38
8	19/7/2023	Santa Fe, Santa Fe	CCC	Femenino	23
9	20/7/2023	Concordia, Entre Ríos	IC	Masculino	33
10	20/7/2023	Vicente López, Buenos Aires	IC	Masculino	50
11	20/7/2023	Santiago del Estero, Santiago del Estero	DTC	Masculino	24
12	21/7/2023	Concordia, Entre Ríos	IC	Masculino	42

13	24/7/2023	Merlo, Buenos Aires	CAAC	Femenino	26
14	25/7/2023	Merlo, San Luis	CAAC	Masculino	40
15	25/7/2023	Mercedes, Buenos Aires	IC	Masculino	41
16	25/7/2023	Mercedes, Buenos Aires	IC	Masculino	26
17	25/7/2023	Caseros, Buenos Aires	IC	Masculino	38
18	26/7/2023	Ciudad de Buenos Aires	CAAC	Femenino	34
19	27/7/2023	La Rioja, La Rioja	IC	Masculino	44
20	27/7/2023	La Rioja, La Rioja	CAAC	Masculino	37
21	28/7/2023	Lomas de Zamora, Buenos Aires	CAAC	Masculino	46
22	28/7/2023	Merlo, San Luis	CAAC	Masculino	75
23	11/8/2023	S/D	CAAC	Masculino	52

En cuanto a los tipos de dispositivos y las modalidades en las que las personas entrevistadas se encontraban en tratamiento, la Tabla 2 presenta la distribución lograda en comparación con la población total de dispositivos pertenecientes a la red federal de centros de atención y acompañamiento de la Sedronar –sin considerar aquí los dispositivos del tipo Centros de Atención Inmediata (CAI), donde se brinda la primera escucha y desde donde se deriva a las personas con problemas de consumo que así lo requieran para recibir tratamiento en otro tipo de dispositivos de la red– junto con el tamaño y la composición planificados para la muestra.

Tabla 2 - Población de dispositivos pertenecientes a la red federal de centros de atención de la Sedronar, tamaño de muestra planificada y cantidad de entrevistas realizadas por modalidad de atención y tipos (n = 23)

	Población de dispositivos		Muestra planificada		Entrevistas realizadas	
	n	%	n	%	n	%
Modalidad residencial	125	16,1	4	20,0	9	39,1
Instituciones Conveniadas (IC)	77	9,9	2	10,0	7	30,4
Casas Convivenciales Comunitarias (CCC)	48	6,2	2	10,0	2	8,7
Modalidad ambulatoria	649	83,9	16	80,0	14	60,9
Dispositivos Territoriales Comunitarios (DTC)	131	16,9	4	20,0	5	21,7
Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC)	518	66,9	12	60,0	9	39,1
Total	774	100,0	20	100,0	23	100,0

Datos biográficos

En este párrafo se presentan algunos datos que permiten describir a las personas integrantes de la muestra. Se utilizan para eso, además de elementos relevantes de los relatos obtenidos en las entrevistas, algunos datos estadísticos

generales que permiten resumir las características generales del grupo, sin pretender que cumplan una función inferencial respecto de las características de ninguna población. Antes bien, y de acuerdo con una lógica de investigación cualitativa, se busca caracterizar a la muestra en términos demográficos y sociales para dar cuenta de su composición, y acompañar esa caracterización con elementos que surgen de los relatos de vida aunados en las entrevistas, con especial interés en la composición y las relaciones propias de las familias de origen y de las familias constituidas, los hijos, las parejas, como así también las situaciones de violencia, de vulnerabilidad y conflicto con la ley, las experiencias judiciales y de encarcelamiento, y las situaciones *de calle* o relacionadas con *la calle* como situaciones de vida.

Géneros y edades

De las 23 personas entrevistadas, 7 eran de género femenino y 16 de género masculino.

En el momento de la entrevista se pudo saber que las edades de esas personas –excepto la de uno de los entrevistados que no respondió cuántos años tenía– estaban comprendidas entre los 23 y los 75 años con una media de 41,8 años, y una mediana de 40,5 años. Es decir: las edades de los once entrevistados más jóvenes estaban entre los 23 y los 40 años, mientras que las edades de los once entrevistados de más edad iban de los 41 a los 75 años.

Cuando se comparan las edades de las personas entrevistadas de género masculino con las de las entrevistadas de género femenino se observa que las entrevistadas tenían una edad promedio más baja, de 36,4 años, dentro de un rango que iba de los 23 a los 50 años. Entre los entrevistados de género masculino el promedio era mayor, de 44,3 años, ubicado en un rango más amplio que iba de los 24 a los 75 años.

Tabla 3 - Distribución de los entrevistados por géneros, y mínimo, máximo y media de edades (n = 23)

	n	Edades	Mín.	Máx.	x-
Género femenino	7	23, 26, 34, 38, 39, 45, 50	23	50	36,4
Género masculino	16	24, 30, 33, 37, 38, 40, 41, 42, 44, 46, 50, 52, 55, 58, 75, SD	24	75	44,3

Estos datos sociodemográficos básicos, descriptos con las antedichas medidas de resumen, dan cuenta de una muestra con mayoría de varones –que representaban casi el 70 %--, y permiten apreciar que las mujeres entrevistadas eran en promedio más jóvenes.

Asimismo, dan cuenta de una muestra con un amplio rango de edades, que abarca, como de hecho puede apreciarse en los propios relatos biográficos, un conjunto heterogéneo de personas en cuanto a sus características demográficas y a sus experiencias de vida.

Estudios, niveles educativos y recursos culturales

En relación con las trayectorias educativas, el máximo nivel educativo alcanzado es diverso: cinco de las personas entrevistadas tenían hasta primario o educación general básica (EGB) completos, y seis habían empezado el nivel secundario sin terminarlo. Otras cinco habían completado sus estudios secundarios. Al nivel superior, terciario o universitario habían accedido otras

cuatro personas entrevistadas. Sólo una de las entrevistadas de género femenino alcanzó el nivel terciario, y fue la única persona de la muestra que refirió haberlo completado.

Tabla 4 - Máximo nivel educativo alcanzado (n = 23)

	n	%	% acumulada
Primario o EGB completo	5	21,7%	21,7%
Secundario o polimodal incompleto	6	26,1%	47,8%
Secundario o polimodal completo	5	21,7%	69,6%
Terciario, universitario o superior incompleto	3	13,0%	82,6%
Terciario, universitario o superior completo	1	4,3%	87,0%
Sin respuesta	3	13,0%	100,0%
Total	23	100,0%	

Entre los entrevistados de género masculino se identificó un grupo que estaba realizando estudios mientras realizaban sus tratamientos. Dos estaban cursando el nivel secundario: *"Hoy estoy haciendo la secundaria también. Salgo de acá y voy a la escuela. Gracias a Dios me va bien, son dos cuatrimestres por año y estoy poniendo las metas que me faltaba completar en mi vida"* (Entrevista 1, 10-07-23, AMBA, CAAC, masculino, s/d edad); y el otro menciona que terminó "el colegio de grande [...] en la cárcel. Pero la primaria. Y arranqué la secundaria en el 2019, creo, estando en tratamiento" (Entrevista 23, 11-08-23, AMBA, CAAC, masculino, 52 años).

Otros dos entrevistados estaban próximos a terminar sus estudios superiores. Uno estaba por completar un Profesorado en Educación Física; el otro estudiaba Abogacía:

Hace cinco años que no podía terminar la carrera. Y me faltaban dos materias importantes, que eran integradoras, y después quedaba la tesis. Me saqué estas dos, acá, estando acá, la última fue hace poco, pero ya con otro ánimo, la seguridad que tengo es que estoy acá, habiendo trabajado los duelos, habiendo trabajado recuperando, habiendo aprendido a usar los espacios, a conocerme mucho, me empecé a sentir mejor (Entrevista 15, 25-07-23, Centro, IC, masculino, 41 años).

De las personas entrevistadas ninguna menciona que estuviera cursando estudios, pero la distribución por nivel educativo alcanzado abarcaba también el nivel terciario completo (1), secundario completo (1) e incompleto (1) y primario o EGB completo (3).

Algunos entrevistados también mencionaron que contaban con trayectorias de formación en capacitaciones para el trabajo y en actividades culturales: como técnico mecánico automotor acreditado, como *personal trainer*, en gastronomía, pastelería, panadería, en peluquería, en elaboración de artesanías, porcelana, reciclado. Muchas de esas capacitaciones las habían realizado como parte de las actividades y talleres ofrecidos por los dispositivos de tratamiento y eran valoradas como un aporte para mejorar su situación laboral junto con las actividades deportivas, artísticas y culturales: de música e instrumentos, literarios de lectura y/o de escritura, arte-terapia, realizadas en los dispositivos de tratamiento.

Trabajo

En cuanto a la situación laboral, trece de los entrevistados mencionaron que estaban trabajando en algún tipo de empleo o que habían trabajado en los últimos tiempos, aun durante el tratamiento, en algún tipo de actividad que incluía la fabricación de productos en madera, como actividades por cuenta propia, o realizando changas: *"Ahora estoy trabajando en un aserradero. También hago jardinería, todo. Los días que salgo a trabajar, tengo mi máquina. Cosa que antes no tenía, claro"*(Entrevista 1, 10-07-23, AMBA, CAAC, masculino, s/d edad).

Dos de ellos mencionaron que realizaban tareas de albañilería o de mecánica en coordinación con el dispositivo en el que estaban internados, destinando algunas horas del día, en general por la mañana, al trabajo.

Otros dos entrevistados mencionaron que estaban buscando trabajo. Seis de los entrevistados señalaron que no estaban trabajando, pero no mencionaron que estuvieran buscando trabajo. Uno de ellos era jubilado y además contaba con una renta particular que le permitía subsistir en una situación mucho más holgada que la del resto, pero se trata de un caso extraordinario. Los otros cinco contaban en general con situaciones relativamente acomodadas en cuanto a recursos económicos propios y/o de sus familias. Pero esa no era la situación de todos ellos.

En varios de los relatos los consumos empiezan a percibirse como problemáticos cuando comienzan a interferir con la actividad y la situación laboral conseguida o, incluso, a dificultar la posibilidad de trabajar. Uno de los entrevistados menciona que en el momento en que decidió buscar ayuda para sobrellevar su situación de consumo realizando un tratamiento "estaba sin trabajo [...] destruido moralmente por todos lados" (Entrevista 14, 25-07-23, Cuyo, CAAC, masculino, 40 años). Otro entrevistado menciona que sus consumos se

volvieron cabalmente problemáticos cuando *"Dejé de trabajar y lo que único que hacía era consumir"* (Entrevista 9, 20-07-23, Centro, IC, masculino, 33 años).

Como contraparte, uno de los entrevistados, señala que siempre ha mantenido una disciplina que le permitía que sus consumos no interfiriesen con su trabajo, destacándolo como rasgo de responsabilidad. De hecho, subraya en su relato que cuando su situación de consumo se agravó, fue porque tomó la decisión de desconectarse, no atender el teléfono, y llegó a no asistir a trabajar para consumir en una situación de duelo por la muerte de su madre.

A su vez, una de las entrevistadas señala que los cambios suscitados por el control del consumo a partir del tratamiento tienen un impacto fundamental en su posibilidad de alejarse de las situaciones de consumo para poder trabajar: *"o no tenía nada allí, lo perdí todo, todo perdí, el control de todo. Entonces hoy estar acá y poder ser responsable con mis cosas: tener un trabajo, tener mi moto, que me lleva y me trae, para mí eso es un montón"* (Entrevista 7, 18-07-23, Centro, DTC, femenino, 38 años).

En el mismo sentido, otra de las entrevistadas destaca:

Me cansé. No quiero morirme. No quiero morirme, pero me estoy matando en vida porque todos los días estoy consumiendo de nuevo. Está bien: antes me levantaba y me fumaba un pipazo. Ahora por lo menos como, salgo, trabajo, todo. Tengo responsabilidades. Pero mal o bien, todos los días, me estoy fumando dos bolsas. Antes me fumaba diez (Entrevista 6, 18-07-23, AMBA, CAAC, femenino, 39 años).

Entonces, el trabajo aparece como una responsabilidad contrapuesta con el consumo. Y en este último relato, aparece a su vez la cuestión de trabajar para consumir, y, por lo tanto, del consumo como la alimentación de una cadena comercial: *"Voy a cumplir 40 años, me cansé de esa vida: estoy cansada de darle*

de comer al transa arruinándome la vida" (Entrevista 6, 18-07-23, AMBA, CAAC, femenino, 39 años).

Familias de origen

Los entornos familiares en los que se criaron las personas entrevistadas tienen una marcada presencia en sus relatos. A la pregunta por sus propias infancias, las respuestas refirieron a la composición de los grupos familiares y las relaciones con las madres y padres, así como con los hermanos y hermanas, y en menor medida, con otros familiares directos: abuelas, tíos, primos. Estas personas aparecen con fuerza tanto en las referencias a las etapas de crianza como en la identificación de vínculos afectivos centrales.

En algunos casos, el fallecimiento de la madre o del padre contribuyó a generar cambios en el consumo, agravando las situaciones: *"mi mamá falleció cuando estaba terminando la primaria, séptimo grado, y creo que cuando se me fue ella me desvié de todo: de la escuela, del deporte. Hice muchas malas cosas y me mandaron para acá para cambiar mi vida"* (Entrevista 1, 10-07-23, AMBA, CAAC, masculino, s/d edad).

Otro entrevistado agrega que:

El peor momento, que creí que no iba a pasarla tan mal, fue cuando murió mi mamá. Me costó un montón esa parte, entonces decidí terminar todos los compromisos que tenía laborales y apagué el teléfono y me puse a tomar alcohol y a consumir cocaína, pensando que quería estar así en realidad (Entrevista 4, 14-07-23, Centro, DTC, masculino, 58 años).

En algunos casos, entonces, el consumo de drogas podría estar cumpliendo una función farmacológica destinada a bloquear los sentimientos de dolor por la

pérdida de familiares y seres queridos, y a sobrellevar la angustia, pero sin que ese uso implique advertir todos los efectos que esos consumos podían tener.

Perder al padre aparece también como un episodio traumático que se asocia con una intensificación y que se percibe como grave. Distintos pasajes de una entrevista plantean esta situación: *"cuando empecé a consumir no era tanto, después sí, fue frecuente. Empecé a consumir adelante de toda mi familia, ya no me importaba nada. Fue cuando tuve la pérdida de mi papá, hace siete años"*. Esto se asocia con el hecho de que las relaciones con los padres fueran problemáticas, violentas: *"mi papá era muy golpeador, tomaba mucho, la golpeaba a mi mamá, nos echaba, nos echaba a nosotros de la casa, la trataba mal a mi mamá, le pegaba mucho"*. Además, el entrevistado había asumido el cuidado de un hermano durante un largo período de internación, mientras que su padre *"prefería trabajar y no estar al lado de él"* (Entrevista 21, 28-07-23, AMBA, CAAC, masculino, 46 años).

Entonces, la muerte de su padre condujo a un aumento del consumo.

Ahí me descontrolé porque a mi papá, a pesar de todo lo que él era, yo lo perdoné en vida. También entendí que todo el mundo comete errores. Yo lo disfruté al máximo. Estuve con él, compartíamos los fines de semana, a pesar de que no vivía con nosotros. Y era mi amigo, él venía todos los fines de semana a mi casa a vernos a nosotros, verlo a su nieto. Y de repente se me va (Entrevista 21, 28-07-23, AMBA, CAAC, masculino, 46 años).

Luego de su fallecimiento, entonces, su consumo empezó a funcionar como un paliativo del dolor y se intensificó:

Los fines de semana lo esperaban y ya no venía, veía que no venía, ya me tomaba una cerveza, ya me compraba dos o tres bolsas, hasta que veía

que no venía y ya me descontrolaba y me ponía a tomar y a tomar. Y así fue sucesivamente. Mis hijos me empezaron a ver a mí, no me importaba si me veían consumiendo, y a veces prefería que mi hija se enoje conmigo viéndome consumir y no estar tan triste por la pérdida de su abuelo, ¿no? (Entrevista 21, 28-07-23, AMBA, CAAC, masculino, 46 años).

También la pérdida de hermanos aparece asociada con cambios en los consumos. A uno de los entrevistados le tocó vivir una situación en la que a sus dos hermanos les dispararon. Uno de ellos falleció por eso, mientras que su otro hermano resultó herido y, como consecuencia, sufrió la pérdida de la función motora en las piernas. Por lo tanto, este entrevistado decidió acompañarlo en un largo período de internación y tratamiento, y asumió su cuidado, ya que sus padres no estuvieron presentes durante los meses que duró su internación. En su relato, el mismo entrevistado destaca que pasó a descuidar a su mujer e hijos por ocuparse del cuidado de su hermano:

Yo estuve internado con él durante tres años casi en el hospital, hasta que salió, yo iba, vivía allá con él, yo ya tenía mis hijos, yo. Desatendí a mis hijos por estar con él. Mi mamá y papá se separaron, y él quedó prácticamente a cuidado mío. Mi señora también lo cuidaba a él (Entrevista 21, 28-07-23, AMBA, CAAC, masculino, 46 años).

Esa situación tuvo un impacto significativo que el entrevistado asocia con su inicio en el consumo y señala como un problema para su grupo familiar y en especial para su mujer: “comencé a drogarme cuando él estaba internado, que casi se muere, ahí empecé a consumir, y bueno, de repente un problema le llevó más problemas a mi señora, a mi compañera, que es mi compañera que estamos casados hoy”(Entrevista 21, 28-07-23, AMBA, CAAC, masculino, 46 años). Pero el entrevistado señala que, en esa situación, el consumo de sustancias psicoactivas le impidió elaborar la pérdida de su hermano adecuadamente:

Y pasaron, pasaron... años. Sí, después, hace tres años que perdí a mi hermano también, y a mi hermano le hice un luto, lo pude llorar cuando estuve internado, porque en su momento cuando lo perdí a él, yo estaba consumido, estaba tan puesto que no se me caía una lágrima. Después sí, después sí me desahogué (Entrevista 21, 28-07-23, AMBA, CAAC, masculino, 46 años).

Otro entrevistado relata que la salud de una de sus hermanas absorbió la atención de su madre e implicó, en cierto modo, perderlas en buena medida a ambas:

Mi hermana menor, a los nueve años, sufrió un accidente cardiovascular, un ACV. Pasó a estar internada en un hospital [...], donde las cosas ahí empezaron a complicarse en cuanto a que mi madre se fue con ella, porque tenía una internación y tenía que tener una persona cuidándola (Entrevista 15, 25-07-23, Centro, IC, masculino, 41 años).

Esa situación se compensó para él y su hermana mayor al participar en un espacio recreativo y de contención con amigos y familiares. Destaca que eso se daba "porque hacía deporte y hacía fútbol, [...] en ese momento también ocupó un lugar importante para poder estar ahí como contenido". Esa contención no impidió que empezara a probar sustancias psicoactivas, pero lo hizo con cierto control, con limitaciones relacionadas con la práctica de deportes en esos espacios. Así habla de cuando empezó dichos consumos:

Fue en la adolescencia, si uno lo ata, lo une, es cuando empecé a andar solo, cuando mi hermana sufrió este accidente y empecé a andar más sin límites, como una manera de manejarme solo, y empecé a hacerlo como consumo social, como los fines de semana, con mis compañeros, con mi compañero de colegio, con mis amigos. Entiendo que en ese momento

jugaba al fútbol y me ayudaba un montón a cortar el consumo, en cuanto a que tenía alguna actividad o tenía algún compromiso, y no lo hacía (Entrevista 15, 25-07-23, Centro, IC, masculino, 41 años).

En los casos mencionados, entonces, el consumo de drogas aparecía como una actividad contrapuesta a los espacios colectivos, familiares y sociales, de contención, de cierto control.

Pero en ese relato, las situaciones de los adultos en relación con el entrevistado cuando era un adolescente y joven demuestran una fragilidad importante que está relacionada con la dificultad para sobrellevar la pérdida de su hermana:

Luego de eso, más o menos antes de que naciera / [una de sus hijas], mi hermana falleció, mi hermana menor, lo cual, obviamente que tiene que ver con lo que generó eso en la familia, lo que generó en mí, que ya estaba más grande. Junto con eso se produjo la vuelta de mi madre a una vida cotidiana para ella y a nuestras vidas un poco más cotidianas (Entrevista 15, 25-07-23, Centro, IC, masculino, 41 años).

El fallecimiento de su hermana conllevó cierta normalización de la vida cotidiana familiar, ya que su madre pudo regresar al hogar. Sin embargo, el entrevistado plantea que esa situación impidió una adecuada elaboración de una pérdida muy angustiante: *"algo que quedó siempre guardado, por el dolor de mi madre, de haber estado tres años y medio acompañando esto"*. Y agrega: *"Uno quizás prevé la muerte de sus padres, pero nunca de sus hijos, de un hermano, de un chico, y la verdad que eso fue un tema muy complejo"*. En su experiencia, él pudo elaborar mejor ese duelo al cabo de mucho tiempo, y después de haber estado preso, en buena medida como parte de su tratamiento por los consumos problemáticos:

Yo lo puedo hablar con más naturalidad, después de haberlo trabajado, imagínense que hace aproximadamente 20 años que esto pasó, y yo lo pude trabajar acá ahora, recién ahora, por motivos de que siempre quizás se priorizó a sostener a mi madre, o que a uno le dolió un montón, y todo lo que generó haber quedado solo. (...) En mi caso personal, y en la de todo por el tema de que quizás lo empezamos a hablar un poco más ahora, el duelo está transitado recién ahora (Entrevista 15, 25-07-23, Centro, IC, masculino, 41 años).

De un modo quizá menos enfático, otro entrevistado (Entrevista 17, 25-07-23, AMBA, IC, masculino, 38 años) también relaciona el inicio en el consumo de sustancias psicoactivas con la separación de sus padres y cierto alejamiento de su padre: *"a lo que voy yo es que, de chico, hasta los 16 años tuve una buena adolescencia, ¿no? Como quien dice, infancia. Después vino la separación de mi viejo y fue cuando empecé a descarrilar, empecé a consumir"*. De manera que no sólo la muerte de los seres queridos aparece asociada con las situaciones problemáticas. Asimismo, el entrevistado señala que tuvo también una relación compleja con su propio hijo: *"Fui un papá ausente"*. En cierto modo, usaba las sustancias psicoactivas para escapar de una situación angustiante que asocia con las relaciones paternas y filiales: no se sentía capaz de ser un buen padre. Menciona que estuvo presente en un período en que su hijo estuvo hospitalizado, pero que continuaba consumiendo. El punto de inflexión se dio cuando vio a su hijo después de un tiempo y se reconoció a sí mismo en él, recordando su propia infancia cuando su padre se fue de la casa:

Lo vi a mi nene que venía del colegio. Yo estaba en la esquina de mi barrio buscando consumo, y lo vi a mi hijo. Y cuando lo vi se me acerca y me vi yo cuando era chico, cuando mi viejo se fue de mi casa. Me vi yo y me dije: no. Me quise internar, quería hacer algo diferente, me cansé: a mi hijo no

va a pasarle lo mismo que a mí (Entrevista 17, 25-07-23, AMBA, IC, masculino, 38 años).

Y menciona su recuerdo de las situaciones conflictivas que generó por su consumo: "la gente a la que he lastimado, la gente que le he robado, mi familia a la que he herido mucho durante mucho tiempo. Era todo muy excesivo para mí" (Entrevista 17, 25-07-23, AMBA, IC, masculino, 38 años).

Ahora bien, la asociación entre la vida y las relaciones familiares y los consumos es múltiple, y muchas veces contradictoria entre relatos. Un par de entrevistados cuentan que le generaba un conflicto con su familia, y que eso lo llevó a un gran deterioro de sus relaciones. El primero señala el impacto negativo sobre sus relaciones familiares. "*Me sacó muchas cosas la droga. Empecé a manipular a mi mamá, a mi papá. Les metía cualquier cuento*" (Entrevista 9, 20-07-23, AMBA, IC, masculino, 33 años). El otro cuenta que esos conflictos se suscitaron por la oposición de sus familiares a sus consumos:

Mi familia vivía peleándome, vivían enojados. Vivía con problemas. Se me fue el mundo abajo. Perdí mi familia, perdí mi señora. Se me fue mi hija con la mamá, mi hija, la más chica. Y bueno, de repente perder todo, estar en el fondo del mar queriéndote drogar para pasarte de sobredosis y no, no lo pude hacer porque nunca me pude pasar de sobredosis porque mi cuerpo estaba tan acostumbrado a tomar tanto consumo que era feo porque no veía nada, no veía nada como lo que hoy veo (Entrevista 21, 27-07-23, Cuyo, IC, masculino, 46 años)

Mientras tanto, una de las entrevistadas relata una situación que es prácticamente la inversa: ella elegía consumir para escaparse de su casa y de su situación familiar.

La verdad que del consumo no me gustaba nada, quizás, pero sí me sentía que había personas con las que podía estar al lado mío, porque me sentía muy sola. Del consumo no le veía nada bueno, al contrario: lo malo que era que me hacía maltratar, que me auto castigaba yo sola, por el solo hecho de estar ahí, haciéndome golpear por esas cosas, capaz que estaba ahí porque no quería estar en mi casa o, por la misma razón, que yo estaba enojada con mi familia por lo que pasó con mi hijo [que había fallecido] (Entrevista 5, 17-07-23, NOA, DTC, femenino, 50 años).

A su vez, el deterioro o la pérdida de las relaciones con la familia, en especial con padres, parejas e hijos, llevó a algunas de las personas entrevistadas a buscar ayuda mediante alguna forma de tratamiento. Uno de los entrevistados cuenta que motivado por "haber tocado fondo" cuando su esposa e hijos se fueron de la casa, según su relato, por su actitud desaprensiva e incluso agresiva hacia ellos, tomó la decisión de internarse. Lo motivaron especialmente las palabras de su hijo mayor: "viejo, mirá cómo estás, yo y L [su mujer] ya estamos recurtidos, pero tu hijo y tu hija, la más chica, y tu nieto te necesitan (Entrevista 21, 27-07-23, Cuyo, IC, masculino, 46 años).

Hijos

Diecisiete de los entrevistados mencionaron que tenían hijos. Para muchos de ellos los hijos fueron figuras centrales en sus relatos de vida, tanto en relación con sus situaciones críticas como en la percepción del consumo como un problema.

Tabla 5 - Cantidad de hijos por entrevistado según género (n = 23)					
	Femenino	Masculino	Total	% del total	Acumulado

0	1	5	6	26,1%	26,1%
1	2	5	7	30,4%	56,5%
2	2	2	4	17,4%	73,9%
3	0	3	3	13,0%	87,0%
4	1	0	1	4,3%	91,3%
5	1	0	1	4,3%	95,7%
8	0	1	1	4,3%	100,0%
Total	7	16	23	100,0%	

Con mucha fuerza, la pérdida de un hijo aparece en los relatos de las entrevistadas como factor que lleva al consumo de sustancias psicoactivas y que puede agravar ese consumo. Una de ellas relata: "Caí en las drogas cuando perdí a mi hijo, sin querer". Y agrega a continuación: "porque buscaba compañía y bueno, estuve mucho tiempo perdida en las drogas [...]. Me acuerdo *que yo estaba en mi pieza, lo había enterrado a mi hijo sola, y salí corriendo a buscar compañía porque me quise suicidar...*" (Entrevista 5, 25-07-23, NOA, DTC, femenino, 50 años).

De modo que, para ella, en la situación de duelo por su hijo, el consumo funcionaría como un paliativo de su angustia, y como una compañía, en una situación en la que no podía contar con sus familiares: "sentía que no tenía el apoyo de nadie y mi familia nunca estuvo. *Ninguna crítica, no acepto ningún cuestionamiento de ellos, porque nunca estuvieron*" (Entrevista 5, 25-07-23, NOA, DTC, femenino, 50 años).

Por otra parte, la pérdida de los hijos aparece en algunos relatos como una consecuencia extrema del consumo problemático de sustancias psicoactivas que, a su vez, puede agravar ese consumo. Como cuenta la entrevistada: "Yo me empecé a dar cuenta de que estaba hasta las manos con la droga cuando me hice un aborto y perdí a mi hija. Y ahí empecé a estar más drogada, me quedé en la calle, mi hija tenía tres años de vida y yo la perdí por la droga". (Entrevista 8, 19-07-23, Centro, CCC, femenino, 23 años).

No obstante, esas situaciones extremas pueden aparecer en algunos de estos casos como factor clave para percibir la propia situación de consumo como un problema grave: *"Ahí me di cuenta de que era algo que yo ya no estaba pudiendo controlar, y de que era algo que yo no quería ver: la realidad en la que estaba, porque me dolía"* (Entrevista 8, 19-07-23, Centro, CCC, femenino, 23 años).

Otro entrevistado señala que, al cabo de muchos años de consumo diario, todas sus relaciones se vieron afectadas: "Con lo que nos lleva eso: la venta de droga, la mentira, los quilombos... Ir a trabajar, pelearme con cualquiera. Que me dieran trabajo y quedar mal... Estar lejos de la familia: porque la familia era para sacarle algo". La imposibilidad de escuchar a quienes se preocupaban por su situación, en especial a sus familiares, deterioraba sus relaciones:

"No escuchar: saber que el otro, algo de lo que te dice tiene razón, pero no escucharlo porque... nada, ¡qué me voy a hacer cargo de que vengo falopeándome como una bestia! Creo que esas situaciones... Hay una parte de no escuchar, de no estar consciente, y hay otra que no quiere escuchar" (Entrevista 15, 25-07-23, Centro, IC, masculino, 41 años).

Ese tipo de situación está relacionada, a su vez, con la intervención de las instituciones requiriendo el tratamiento de la problemática de consumo:

"Cuando mi hija nace, yo a mi hija la tengo bajo consumo de drogas. Nace sietemesina. Y ahí me la saca Niñez a mi hija. Y cuando me la saca Niñez, me pide que haga un tratamiento" (Entrevista 8, 19-07-23, Centro, CCC, femenino, 23 años). Sin embargo, la intervención de las instituciones y la pérdida de los hijos es algo que aparece mencionado solamente por las entrevistadas de género femenino, que las afecta particularmente.

Otra entrevistada también señala:

Lo que más me atrapó en la droga fue cuando perdí a mis hijos, que me los sacó el juzgado. Me los sacaron cuando tenían: uno 1 año, y el otro 4 años, y todavía no los veo. Mi hijo el mayor ya tiene 20 años y no lo veo. No sé dónde está. Y eso es lo que me pone mal todos los días. Me los sacó el juzgado, porque yo vivía muy drogada (Entrevista 6, 18-07-23, AMBA, CAAC, femenino 39 años).

En los relatos de los entrevistados, en especial los de género masculino, la relación con los hijos y los familiares directos tiene otro carácter: una de las manifestaciones más claras de que el consumo es o se está volviendo problemático tiene que ver con mezclar las situaciones de búsqueda y consumo de sustancias psicoactivas con las situaciones familiares, no cumplir con responsabilidades de cuidado, atención y provisión como padres, y en las situaciones más extremas, llegar a consumir frente a los familiares, pero especialmente frente a los hijos.

Así, las relaciones familiares también aparecen en algunas de las entrevistas como un paliativo o moderador de los consumos. Una de las entrevistadas afirma: "nunca me drogué delante de mi mamá. Jamás" (Entrevista 6, 18-07-23, AMBA, CAAC, femenino 39 años).

Y en un sentido similar, uno de los entrevistados comenta que estando internado extraña salir a pasear en automóvil, pero también recuerda que cuando lo hacía esas situaciones se mezclaban con la búsqueda de sustancias psicoactivas y las ganas de consumir. En perspectiva, esa imposibilidad de separar situaciones de consumo de situaciones familiares, en especial con sus hijas, le resultaba preocupante:

De hecho, una de las cosas que anhelo es manejar el auto, pero por el hecho de sentirme un poco con la posibilidad de elegir, de hacer algo. Y no elegir doblar para el transa. Como que los últimos paseos en auto, he estado con mis hijas, entonces, paseos, hacer un mandado, uno de los mandados era pasar por el transa. Y creo que se fue haciendo un hábito, se fue haciendo una dependencia total (Entrevista 15, 25-07-23, Centro, IC, masculino, 41 años).

En relación con la percepción que los hijos tienen de los consumos de los padres, una de las entrevistadas cuenta que un día

Que fui a buscar a mi hija, me asusté porque había consumido, no sé, como cuatro bolsas, una tras la otra, y así desesperada, tenía que ir a buscar a mi hija a la parada, casi muriéndome, porque estaba re exaltada y re perseguida... Y tuve que estar ahí afuera en la naturaleza, re asustada, sentía que todos me miraban. Cuando bajó mi hija del colectivo se re dio cuenta. Porque obvio que tus hijos se dan cuenta, uno piensa que no se dan cuenta, pero sí se dan cuenta los hijos: uno porque está perdido en ese mundo piensa que nadie se va a dar cuenta (Entrevista 3, 13-07-23, Centro, DTC, femenino, 45 años).

En un contexto inmediato de consumo intenso, y aun entendiendo que su hija se daba cuenta de la situación de consumo en la que se encontraba, su

preocupación fue *"más porque me iba a ver mi hija, no por mí, por mí en ese momento no me preocupé, a mí lo único que me importaba era que mis hijas se acostaran a dormir y seguir consumiendo"* (Entrevista 3, 13-07-23, Centro, DTC, femenino, 45 años).

La misma entrevistada considerada para el análisis de esta sección señala que

Cuando mi marido cobraba, íbamos y comprábamos todo, mercadería, jabón, esto, lo otro, todo, todo... Después, la plata que nos quedaba la podíamos consumir... Pero ya teníamos todo, no nos faltaba nada en la heladera, inclusive en esa época, me compré el lavarropas automático [...], llevábamos a nuestras hijas a una escuela privada. Las llevábamos a las dos en auto, un Dodge, y él tenía una moto. Un día las llevaba él, el otro día yo. Inclusive, sí, re duros a veces, los dos íbamos y las llevábamos así. ¡Pero nunca dejamos que falten a la escuela! (Entrevista 3, 13-07-23, Centro, DTC, femenino, 45 años).

Y en ese punto de su relato señala: "No les faltaba nada a mis hijas", y aclara a continuación: "económicamente a ellas no les faltaba nada. Lo que querían lo tenían. Por ahí les faltó eso: tener una mamá careta, que no esté loca, eso les faltó" (Entrevista 3, 13-07-23, Centro, DTC, femenino, 45 años). De manera que las situaciones de consumo –como señalaron varias de las personas entrevistadas– no implicaban necesariamente no sostener cierto control en el cuidado de los hijos, ni cubrir las necesidades fundamentales de sus familias.

Otros entrevistados, en cambio, trataban de no poner en contacto a sus familiares con sus consumos: "uno siempre se movía al margen de la familia, nunca, nunca, siempre cuidé de no mezclar una cosa con la otra" (Entrevista 4, 14-07-23, Centro, DTC, masculino, 58 años). Esto podía implicar mantener en secreto sus consumos. En parte por eso, muchas de las situaciones angustiantes

relacionadas con el consumo tenían que ver con la posibilidad de que sus familiares, sus padres, y en especial sus madres, se enteraran de que ellos consumían sustancias psicoactivas y que tenían problemas con ese consumo. Como dijo uno de los entrevistados: "lo más duro fue decirle a mi madre que consumía cocaína" (Entrevista 20, 27-07-23, Cuyo, CAAC, masculino, 37 años). Y otro entrevistado relata con más detalle:

Le conté a mi mamá y bueno... A mi mamá se le cayó el mundo abajo... Imaginate: este chico, que viene de los 19 años haciendo todo bien, que hizo todo bien, que nunca le falló en nada, que venía armando todo perfectamente, encaminado en la vida, se encuentra con que ahora es drogadicto, que tiene una adicción a la cocaína. La verdad que le hizo re mal. Le hizo súper mal a mi mamá (Entrevista 9, 20-07-23, Centro, IC, masculino, 33 años).

Como corolario, el mismo entrevistado destaca la necesidad del tratamiento: "Y nada, bueno: a internarse. A internarse" (Entrevista 9, 20-07-23, Centro, IC, masculino, 33 años). De modo que revelar a los seres queridos, y en especial a los padres, los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en los relatos constituyen crisis y quiebres en las situaciones de varios de los entrevistados.

En algunos de los relatos, en especial cuando se hace referencia a las primeras experiencias de consumo y también a relaciones con personas de mayor edad, que los padres se enteraran de las prácticas que estaban empezando a experimentar resultaba una amenaza asociada con el temor. Una de las entrevistadas menciona que empezó a tener una relación con un adolescente unos años mayor que ella y a consumir marihuana con él. Plantea entonces: "Y después yo tenía miedo. Decía: ¡mirá si viene mi mamá! Será que, de tantos golpes, si se llega a enterar lo que pasó, mi mamá me va a querer matar"

(Entrevista 18, 26-07-23, AMBA, CAAC, femenino, 34 años). En ese y otros relatos las relaciones familiares primarias aparecen atravesadas por situaciones de violencia. Pero también aparecen las figuras de las parejas, que se analizan a continuación.

Parejas

Las relaciones de pareja se asocian en algunos casos también con la posibilidad de huir de cierto destrato de la familia de origen, y aparecen con fuerza en varios de los relatos. En ocasiones, los consumos problemáticos se presentan asociados a las prácticas de consumos con sus parejas, en especial entre las mujeres, y también aparecen asociados a situaciones de separación.

Uno de los entrevistados relata que no pudo sostener una relación estable siendo joven, como parte de sus proyectos de vida y que la separación de su pareja le generó una gran frustración y un fuerte desánimo. Como consecuencia de eso comienza a consumir en compañía de sus amigos:

Con esto se junta, a la par, que mis amigos consumían. Empezaron a consumir. Y yo no sabía... No me daba cuenta que mis amigos consumían [...]. Entonces, bueno, un día estábamos con mis amigos, juntados como siempre... Y bueno, sacan un plato de cocaína y la verdad que yo... Fue como decir, perdón por la palabra, ¿no? Pero: ¡a la mierda! Voy a probar. Así fue, sinceramente. Y me encuentro con la droga (Entrevista 9, 20-07-23, Centro, IC, masculino, 33 años).

Luego, estando en tratamiento, el entrevistado entabló otra relación. Mientras él estuvo internado la relación se fortaleció y ambos “se aferraron emocionalmente el uno al otro”. Así, la relación de pareja pareció afirmar su tratamiento. Sin embargo, plantea que nunca se conocieron profundamente, que su relación se basó en una conexión superficial, y que ambos tenían

problemas familiares. En los relatos pueden observarse alusiones a cierta intolerancia al fracaso y a la frustración en sus proyectos de pareja, que lo llevan a consumir: "*Y bueno, estoy dos meses, estoy más o menos un mes y medio sin consumir con ella, en la casa, pero me pasa que me pegué contra la pared. Digamos que sí, volví con esa chica, que me di cuenta que no nos conocíamos en realidad. (...) Entonces, decido dejarla*" (Entrevista 9, 20-07-23, Centro, IC, masculino, 33 años).

De manera que las dinámicas de pareja por las que atravesó fueron un factor anímico destacado en los relatos, y aparecen asociados con su disposición tanto al consumo problemático como a su tratamiento.

Otra de las entrevistadas cuenta que empezó a consumir sustancias psicoactivas junto con quienes fueron sus parejas y con quienes tuvo hijos, desde muy joven. Y plantea un contraste entre, por una parte, la búsqueda de relaciones afectivas estables, de fidelidad, y de cariño, como elementos necesarios que habrían propiciado la superación de sus consumos problemáticos, y por otra parte, las situaciones difíciles que le tocó vivir con sus parejas y que, en cierto modo, habrían desencadenado o agravado sus consumos:

Y también, una vida de mierda, yo no sé. No tuve suerte de tener un compañero fiel. Terminaban engañando. Es como si fuera que el daño que me hacían... era como si fuera otra vez quedaba abandonada, No podía curar eso. Nunca pude terminar de curar... La base de la vida era conseguir amor, cariño. Con eso capaz que me curaba. Pero me fallaban, y me hacía daño yo sola. Y ahí empecé a caer, a caer. Me acuerdo, yo ya tenía los dos nenes (Entrevista 18, 26-07-23, AMBA, CAAC, femenino, 34 años).

A su vez, una de las entrevistadas señala también que sus consumos estuvieron asociados con cierto abandono o alejamiento de las actividades deportivas, en las que entrenaba y competía con alto nivel desde los 14 o 15 años. La separación de sus padres le había suscitado muchas preocupaciones. Comenzó a experimentar con diferentes sustancias psicoactivas –marihuana, pastillas, cocaína– en un corto período de tiempo, sintiendo que necesitaba hacerlo para encajar en un grupo de su barrio que ya conocía, pero que sabía que consumía drogas y se involucraba en actividades ilegales. A estos contactos con personas de su entorno se agrega que tuvo una relación con una persona que la entrenaba en un club, bastante mayor que ella, de su mismo género. La entrevistada cuenta:

Tenía muchas cosas en la cabeza: mi sexualidad, lo que había pasado con mis padres... Hoy que lo puedo pensar y todo, lo vivo de esa manera. O sea: mi relato es así, es lo que sentía en ese momento. Entonces, bueno empecé a salir, (...) era como un hoyo. Siento que era mucho para mí en ese momento: no tenía la conciencia para entender todo lo que me estaba pasando, y empecé con una pastilla, a consumir (Entrevista 7, 18-07-23, Centro, DTC, femenino, 38 años).

Después pudo moderar sus consumos mientras sostuvo una relación con esa persona durante cierto tiempo, pero su separación hizo volver a consumir.

Por su parte, otra entrevistada cuenta que empezó a consumir sustancias psicoactivas cuando se las ofreció un novio:

Y después me acuerdo la primera vez que tomé merca. No la tomaba, la fumaba. Yo no sabía lo que era tomarla por la nariz, la había empezado pipeando [fumando] más de chiquita: 13 años tenía, 14. Eso fue con un novio que tenía, un noviecito de la escuela. El chico se drogaba. Cuidaba

autos a la vuelta de mi escuela y se drogaba. Y un día voy a la casa y me dice para fumar. Y fumé la primera vez con él (Entrevista 8, 19-07-23, Centro, CCC, femenino, 23 años).

Asimismo, uno de los entrevistados cuenta que llegó a tener actitudes violentas con su grupo familiar. Pero destaca que su pareja lo acompañó cuando su consumo empezó a volverse problemático y a pesar de aquellas actitudes violentas: *"nunca me abandonó, nunca me dejó, yo siempre la trataba mal, la denigraba, la menospreciaba, sin embargo, hoy veo un montón de cosas: que ella fue el pilar más grande de nuestra casa, que ella fue el sostén de todo, ella fue un pilar, ella fue quien crió a mis hijos"* (Entrevista 21, 28-07-23, AMBA, CAAC, masculino, 46 años).

En los relatos de las personas entrevistadas se advierte que las relaciones de pareja, en especial las estables, al igual que la paternidad o maternidad son significadas tanto como un factor causante del consumo problemático como favorecedor de los tratamientos y de cierta protección.

Violencia

Las situaciones de violencia aparecen de diferentes maneras en las entrevistas y no se presentan solamente limitadas a las relaciones de pareja. En varios de los relatos de vida son mencionadas situaciones de violencia en el seno de la familia de origen.

Una de las personas entrevistadas habla sobre las situaciones de violencia que vivió en su relación con sus padres, en especial con su padre: *"he tenido una infancia trágica, he sufrido violencia verbal, violencia física por parte de mi padre. Más física que verbal"*. Violencia que, en el relato del entrevistado, abarcaba la relación entre sus padres: *"yo recuerdo la pelea de mis padres, hasta tengo marcado a fuego: hubo pelea verbal y recuerdo que mi padre le levantó la mano*

a mi madre". Esas situaciones se trasladaron a otros ámbitos de su vida adolescente pero el entrevistado no pone en relación directa esas situaciones de violencia con su inicio en el consumo de sustancias psicoactivas, con el que habría empezado a los 26 años. Lo que menciona como mediación es un elemento de rebeldía: *"Y bueno, eso ha sido un factor digamos que surgió cuando yo tenía 15 años de empezar con la rebeldía"* (Entrevista 20, 27-07-23, Cuyo, CAAC, masculino, 37 años). Relata también que su padre era una persona muy conflictiva, rígida y a la vez violenta. Aunque el entrevistado habla de que su padre también podía ser cariñoso y responsable, cuenta que asesinó a su mujer –la madre de cuatro de sus hermanos– y se suicidó. Eso lo llevó a una situación de depresión un tiempo después que se conecta en el relato sólo posteriormente y de manera mediada.

El sufrimiento de violencia por parte de los padres aparece mencionado en varias de las entrevistas. Otro de los entrevistados plantea una discrepancia entre, por una parte, la disponibilidad de recursos de vida: *"siempre fue una familia que creció en cuanto a lo económico, creo que nunca nos faltó para comer, la verdad que no tengo recuerdos de que nos haya faltado nada"* (Entrevista 14, 25-07-23, Cuyo, CAAC, masculino, 40 años); y, por otra parte, las actitudes violentas que se repetían entre las generaciones en la familia:

Si tengo que remarcar algo negativo en cuanto a la crianza: era primero el golpe y después la explicación, ¿viste? [...]. Era parte de lo cotidiano y parte de una ignorancia de mi madre que obviamente sufrió lo mismo, entonces es algo que se repite y no es cuestión de reclamo, pero bueno, las marcas quedan, ¿viste? (Entrevista 14, 25-07-23, Cuyo, CAAC, masculino, 40 años).

En un sentido similar, otro entrevistado menciona: *"fue una relación muy violenta la que tuve con mi padre, sufrí abuso por parte de mi padre"*, lo cual

marcó esa relación de modo de no poder posteriormente pedir ayuda a su familia para sobrellevar sus problemas. Eso agravó sus consumos y su situación personal: *"Creo que traigo algunas situaciones emocionales familiares que no logré superar. Algunas situaciones de abuso, que si bien no son el detonante, pero son situaciones que me que me inestabilizaban mucho en mi día a día"* (Entrevista 19, 27-07-23, Cuyo, IC, masculino, 44 años).

En algunos casos, las situaciones de violencia llevaban a las personas entrevistadas a tratar de huir de la casa: "Yo de vivir en mi casa no quería saber nada. La familia de mi padrastro eran todos golpeadores, o sea, cuando no era mi padrastro, era la familia de ellos" (Entrevista 23, 11-08-23, AMBA, CAAC, masculino, 52 años).

Otros entrevistados señalan que sufrieron violencia por parte de las parejas de sus madres o de otros familiares. Uno de los entrevistados relata la dureza con que su abuela lo trataba, pero justifica ese trato señalando que era parte de su situación familiar, por un lado, y que a pesar de los tratos violentos su abuela era una persona muy particular:

No sabía ni leer ni escribir y era una mujer muy de armas tomar. O sea que me pegaba mucho para enseñarme cosas (...) Viví con ella hasta que pasó el tiempo y vine a vivir con mi madre, porque ya empecé a crecer y por ahí no me gustó que me pegaran [...]. Pero mientras estuve con ella fueron momentos lindos, a pesar de que los castigos por ahí eran dormir afuera la noche a veces con nieve, con el frío, todo, pero yo la quería muchísimo porque era una persona muy querible, más allá de la violencia (Entrevista 2, 12-07-23, Patagonia, CCC, masculino, 55 años).

Para una de las entrevistadas, cuyo padre tenía conductas violentas con su madre, la separación de sus padres implicó un alejamiento de ciertas situaciones

de violencia para pasar a vivir en otra localidad y tener un conjunto de nuevas experiencias. Esa situación está marcada por el consumo de alcohol por parte de su padre:

Cuando me mude acá, me acuerdo que estaba re contenta, re feliz de venir a Mar del Plata. Después mi mamá se decidió a venir porque mi papá le pegaba y entonces se tuvo que alejar sí o sí. Él era alcohólico encima, así que bueno, lo es al día de hoy, o sea que muy bien no sabía lo que hacía él. Mi mamá sí sabía, así que se alejó de él (Entrevista 3, 13-07-23, Centro, DTC, femenino, 45 años).

Otro de los entrevistados agrega que su propio padre era alcohólico y tenía comportamientos violentos, y que lo llevó a irse de su casa siendo muy chico: *"No tuve una mala infancia, pero sí tuve padre alcohólico y... Sufrí varias veces violencia por parte de mi padre y eso me hizo dejar mi casa a corta edad, a los 15 años... No aguantaba más a mi papá".* Aclara que su padre golpeaba a todos en su grupo familiar, incluyendo a su madre y sus hermanos, pero que fue él quien primero se fue: *"yo decidí irme de mi casa. Mi mamá siguió con él. Yo no me aguantaba más ver a mi vieja que sufría por lo de mi papá y entonces me fui a vivir a la casa de un amigo"* (Entrevista 16, 25-07-23, Centro, IC, masculino, 26 años).

Uno de los entrevistados menciona que él mismo tuvo actitudes violentas. Así, aparece en su relato una relación directa entre el consumo de sustancias psicoactivas y la violencia contra la propia pareja y los hijos: *"empecé a ser agresivo, a tratarla mal, a golpearla, a tratarla mal verbalmente, maltratar a mis hijos, basurearlos, tratarlos mal, vivir en consumo"* (Entrevista 12, 21-07-23, Centro, IC, masculino, 42 años).

Por último, en relación con las situaciones de violencia hay que destacar la relación que aparece en uno de los relatos entre el consumo de sustancias psicoactivas y una situación de violencia sexual sufrida por una de las mujeres entrevistadas. Cuando se le preguntó cómo se había iniciado en el consumo de sustancias esa entrevistada cuenta que ella consumía "paco", pero agrega: *"la persona que me violó me dio la droga. Me drogó y después me violó"*. A partir de esa situación, sus prácticas se diversificaron, tanto en relación con las personas que la acompañaban en el consumo como en cuanto al tipo de sustancias consumidas: *"Si, [consumía] con amigas. Tomaba muchas pastillas. Pastillas con alcohol"* (Entrevista 6, 18-07-23, AMBA, CAAC, femenino 39 años).

Situaciones de vulnerabilidad y conflicto con la ley

Algunas de las personas entrevistadas relatan que habían incurrido en delitos, para sustentar sus consumos pero también como medio habitual de vida y actividad. Es posible agrupar estas actividades delictivas en dos tipos:

Por una parte, quienes vendieron drogas. Uno de los entrevistados cuenta que poco antes de internarse, estando en una situación crítica, *"traía consumo [es decir, traía drogas] para poder vender"*. Pero aclara inmediatamente que lo hacía para poder consumir: *"porque no me alcanzaba la plata. No vendía para ganar plata ni para nada: me puse eso para poder drogarme, para sustentar mi consumo porque ya no me alcanzaba lo que ganaba trabajando o la plata que tenía"* (Entrevista 21, 28-07-23, AMBA, CAAC, masculino, 46 años).

Un entrevistado cuenta que tuvo experiencias delictivas ligadas directamente con las sustancias psicoactivas: *"He hecho de mula una vez, para poder comprarme droga. Lo que te hace el consumo, hacer tantas cosas que yo a veces digo: mirá todo lo que te hace hacer"* (Entrevista 21, 28-07-23, AMBA, CAAC,

masculino, 46 años). Para varios de los entrevistados, entonces, las drogas se volvían un fin, pero también un medio de alto riesgo, que los ponía en situaciones de muy alta vulnerabilidad, no solo sanitaria, sino también penal.

Por otra parte, quienes mencionan al robo como fuente habitual de ingresos. Sobre sus amigos, un entrevistado cuenta: "éramos locos de la moto, ¿has visto? Uno de mis amigos de la infancia era mecánico. Y bueno, todos teníamos moto en ese tiempo: robábamos motos, las armábamos, las preparábamos, las vendíamos, y así" (Entrevista 16, 25-07-23, Centro, IC, masculino, 26 años).

También aparece la mención del consumo de sustancias psicoactivas como potenciador de situaciones reñidas con la legalidad. Cuando se le preguntó a uno de los entrevistados si había tenido problemas o conflictos con la ley, la respuesta fue que los había tenido, pero aclarando que las situaciones de ilegalidad se daban junto con el consumo de drogas:

Yo tuve problemas, pero problemas básicos, intento de robo, y ni siquiera fue un intento de robo, fue una situación que bueno... Después quedé libre de esa, y fue a causa de las personas con las que me juntaba cuando empecé a consumir. Nada más. Conflictos no tengo con la ley [...], jamás fue una actitud mía, que no salga de contexto si no estaba bajo la sustancia de la cocaína (Entrevista 19, 27-07-23, Cuyo, IC, masculino, 44 años).

Otros mencionan que pasaban su tiempo *en la calle*, y que robaban. Las relaciones con la familia, en especial con los padres, se contraponían con la calle como ámbito y ambiente social, así como con el delito: "Un tiempo mi mamá me dijo 'dejá de joder con esas motos, chango, vas a terminar mal'" (Entrevista 16, 25-07-23, Centro, IC, masculino, 26 años). En su relato, el entrevistado refuerza la recomendación de su madre contando que uno de aquellos amigos con los

que robaban motos falleció en un accidente con un colectivo cuando la policía lo perseguía. A partir de ese suceso, en algún momento decidió hacer caso al pedido de su madre. Sin embargo, cuenta que le robó al "narco" que le vendía sustancias psicoactivas, a quien le tomó bronca porque vio que también les vendía a niños. Como reprimenda, decidió entrar a la casa de ese narco varias veces hasta que los familiares lo denunciaron. En la cárcel, según relata, trató de abstenerse e incluso se peleó con otros presos para que no consumieran delante de los presos más jóvenes que estaban tratando de controlar sus consumos, para no generarles la tentación de consumir. Este testimonio abre a otro aspecto a analizar: las experiencias de encarcelamiento, que se trabaja a continuación.

Experiencias de procesamiento judicial y/o encarcelamiento

El relato que cierra la sección anterior lleva a considerar las experiencias de encarcelamiento. Siete de las personas entrevistadas, dos de género femenino y cinco de género masculino, tuvieron algún tipo de experiencia de encarcelamiento, estando procesados o cumpliendo condenas, en casi todos los casos por delitos relacionados con robos y, en menor medida, por conflictos con las fuerzas de seguridad. Para todos ellos, la situación laboral era más difícil.

En particular, para uno de los entrevistados, conseguir un trabajo resultaba especialmente complejo porque estaba realizando un tratamiento determinado judicialmente, con una modalidad de arresto domiciliario pero internado en el dispositivo. Eso limitaba enormemente sus posibilidades de búsqueda laboral: "mis condiciones son difíciles: tiene que ser un buen trabajo, en blanco, pero no puedo ir hasta ahí, tiene que ser remoto" (Entrevista 15, 25-07-23, Centro, IC, masculino, 41 años). Para él, conseguir un trabajo remoto es un desafío mientras

cumple con las condiciones judiciales, pero también implica una organización y planificación de su vida cotidiana que le permita dedicar tiempo a la búsqueda de un empleo en que pueda ocuparse a distancia.

Pero la inserción laboral no sólo resulta difícil para quienes están en tratamiento en condiciones de arresto. Otro de los entrevistados cuenta que pasó *"casi 21 años preso, andaba delinquiendo, robaba, no solamente para consumir, sino que era mi modo de vida"*. Después de esa larga experiencia, al salir de la cárcel *"en el 2008 me costó un montón. Iba a pedir trabajo, y que me cierren la puerta en la cara o que me digan que no porque tenía antecedentes. Tenía una frustración muy grande"* (Entrevista 23, 11-08-23, AMBA, CAAC, masculino, 52 años). Las instituciones penales no le aseguraban una inserción laboral. Al cabo de tanto tiempo y tanta experiencia delictiva y carcelaria, tras atravesar muchas situaciones conflictivas, tras haber pasado por varios tratamientos, y después de haber tenido un hijo, como reacción, señala:

"Mi carácter y mi forma de ser dieron un giro 180 grados, así de una. Mi vida hizo un giro impresionante. Si bien yo nunca había trabajado, gracias a Dios, tengo un trabajo estable, puedo pagar mi alquiler, puedo darle a mi hijo lo que le corresponde, puedo sostener mi trabajo, yo que nunca trabajé" (Entrevista 23, 11-08-23, AMBA, CAAC, masculino, 52 años).

El trabajo aparece en su historia como un logro novedoso relacionado con la posibilidad de llevar una vida más ordenada a partir de una decisión personal.

Otro entrevistado, que tuvo dos experiencias de encarcelamiento por causas diferentes, señala el efecto nocivo del proceso judicial y de la permanencia en un entorno marcado por la violencia, la desconfianza y las situaciones delictivas: *"A los pocos años fui detenido por un delito de participación de robo"* (Entrevista 15, 25-07-23, Centro, IC, masculino, 41 años). En el proceso judicial,

agrega que *"todo lo que significa haber transitado una causa judicial, la estadía de la cárcel, que es muy fuerte"* lo marcó subjetivamente. A partir de esa experiencia plantea como conclusión: *"No creo en cómo funciona la institución de la cárcel, de la penitenciaría. No sólo la institución, sino todo el régimen penitenciario"*. Desde su perspectiva, el encarcelamiento no ofrece posibilidades de recuperarse o mejorar la propia situación:

Claramente empeora. Mejora las actitudes delictivas [...]. Claramente es un golpe muy fuerte, no solo, en sí, por la situación, sino que nunca más uno vuelve a ser el que era. Después de tres años, que es bastante tiempo, cuesta quitarse o tratar de ver qué hacer con eso, sobre todo porque no conocía la ayuda, no conocía los espacios, no sabía que existían (Entrevista 15, 25-07-23, Centro, IC, masculino, 41 años).

En contraposición, otro de los entrevistados modera esa perspectiva tan negativa y señala: *"en la cárcel también he aprendido cosas buenas, cosas malas, y he hecho cosas buenas y he hecho cosas malas también"*. En particular, él relata cómo logró establecer relaciones de solidaridad entre los presos con medidas de colaboración. Para eso, su recurso fundamental era la capacidad de armar escritos con solicitudes para presentar a las autoridades del penal: *"O sea yo agarro un papel, una hoja, y hago cualquier pedido: una denuncia o algo de eso"* (Entrevista 11, 20-07-23, NOA, DTC, masculino, 24 años).

Entre quienes relataron experiencias de encarcelamiento se encontraban también dos entrevistadas mujeres. Una de ellas, que tuvo una experiencia siendo menor de edad –a los 14 años– y estuvo 9 meses alojada en un centro socioeducativo de régimen cerrado, perteneciente al régimen penal juvenil: *"yo caí presa, a los catorce años, por robo"*. Pero en ese caso las instituciones penales se articularon con dispositivos específicos para menores y para el tratamiento de problemas de consumo: *"Caí re-empastillada y mi mamá firmó para que me*

lleven a un reformatorio. Y del reformatorio me mandaron a un centro de rehabilitación". Menciona que durante su alojamiento siguió consumiendo sustancias psicoactivas y que solía tener problemas: *"Pelean por nada ahí adentro"* (Entrevista 6, 18-07-23, AMBA, CAAC, femenino 39 años).

También varios de los demás entrevistados, pese a sus problemas de consumo y a haber tenido que enfrentar un tratamiento, destacaron fuertemente el contraste con las situaciones que implicaban delitos o encarcelamiento: *"nunca estuve preso, nunca robé. Nunca hice nada raro"* (Entrevista 10, 20-07-23, AMBA, IC, masculino, 50 años). O, como planteaba otro entrevistado al hablar de los consumos que realizaban con uno de sus hermanos, *"nunca estuvimos metidos, ni en delincuencia ni nada, que es lo peor, o sea, porque no hay síntomas de alarma, ¿entendés? Viste, hasta que no pasan esas situaciones de marginalidad"* (Entrevista 4, 14-07-23, Centro, DTC, masculino, 58 años). Esa marginalidad aparece como una situación de gravedad que, a diferencia de los problemas de consumo, no ofrece señales claras, patentes, que permitan prevenirla o controlarla.

Tampoco todos los entrevistados que estuvieron presos asociaron esa situación con el consumo de sustancias psicoactivas en sus relatos. Uno de ellos plantea: *"la primera vez que fui detenido, durante la detención, el consumo no estuvo, había muchísimas oportunidades, pero no estuvo"* (Entrevista 15, 25-07-23, Centro, IC, masculino, 41 años).

La calle

Además, en muchos casos se establece una distinción entre las situaciones de encarcelamiento y las que varias de las personas entrevistadas señalaron como situaciones o ambientes de la *calle* o *el barrio*, utilizando específicamente esos

términos. Pero también se señalan las conexiones de la calle con las situaciones en conflicto con la ley, aunque se las distingue.

Uno de los entrevistados relata que en el barrio comenzó a consumir sustancias psicoactivas a la vez que entraba en contacto con prácticas en conflicto con la ley, y que lo hacía acompañado de sus pares: "la primera vez empezamos fumando marihuana. Éramos chicos y ahí en mi barrio había un grupo de gente que andaban todos robando porque había mucha gente que robaba en mi barrio... Estaban fumando y bueno, con ellos empezamos a fumar" (Entrevista 23, 11-08-23, AMBA, CAAC, masculino, 52 años).

En tanto, una de las entrevistadas, hablando de la persona con la que empezó a consumir sustancias psicoactivas y con quien tuvo una relación, señala: *"Imaginate que yo lo conocí y era de la calle, se drogaba, andaba robando, todo"*. La calle aparece en ese relato como refugio frente a la persecución policial: esa entrevistada señala que *"dormía arriba del techo porque hubo un allanamiento en la casa del primo"*, adonde estaban alojados, y la policía los buscaba a ella y a su pareja, por lo cual debieron huir: *"tuvimos que saltar de techo sobre techo e irnos"*. La entrevistada agrega a su relato que además de huir de la policía, en la calle *"empezó a haber la droga"*. Y esa situación se asocia con la calle como ámbito de consumo y de iniciación relacionado con el delito: *"Doce años yo tenía cuando empecé a rastrear, a robar. Qué sé yo... robábamos bicis. El pibe me daba un arma a mí, él tenía otra y salíamos a rebuscarnos para poder comer"* (Entrevista 18, 26-07-23, CABA, CAAC, femenino, 34 años).

No es el único relato en el que la calle constituye el lugar del consumo: *"Yo empecé a salir a la calle y mi barrio... Empecé a parar en la esquina"*. La esquina figura como espacio de socialización y también de consumo, pero que no abarca a todos los sujetos de manera indiscriminada: *"Yo tenía amigos que no consumían, ¿viste? Un amigo de chico que no consumía... Después me fui para*

otro bando, ¿viste? Como no consumían, yo empecé a consumir"(Entrevista 17, 25-07-23, AMBA, IC, masculino, 38 años).

Pero también aparece como un lugar de vida en situación de calle, con cierta permanencia. Uno de los entrevistados relata que: *"la primera vez que me escapé de casa tenía ocho años"*. A la pregunta por el lugar al que había ido, la respuesta fue: *"A la calle. Dormía en los trenes, en el subte, donde llegaba el día"*. Pero agregó, como complemento inmediato, refiriéndose a institutos carcelarios de menores: *"Y es así que también estuve en todos los institutos por haber y habidos en Argentina"* (Entrevista 23, 11-08-23, AMBA, CAAC, masculino, 52 años).

En los relatos aparece con fuerza la figura de *la calle* para referir a un conjunto de ámbitos o espacios urbanos, ambientes sociales y situaciones que se relacionan de múltiples maneras con las situaciones de fragilidad, vulnerabilidad y delito, sin identificarse por completo con ellas. De esta forma, la calle es significada como un espacio de acceso a las drogas y como un espacio de consumo.

Sólo unos pocos entrevistados mencionaron que habían vivido en situación de calle. Una de las entrevistadas, que trabajó como mesera durante bastante tiempo mientras consumía, pasó a vivir en la calle cuando el consumo de pasta base la hizo dejar su trabajo: *"casi que me echan... Y me decidí y me fui sola. Me fui a vivir a una villa, a la calle, en la Villa 21, en Barracas, estuve casi 2 años viviendo en la calle"* (Entrevista 7, 18-07-23, Centro, DTC, femenino, 38 años). Después de ese período ella volvió a su casa sin tener experiencias carcelarias.

Por su parte, otra entrevistada menciona que terminó en la calle por las sustancias psicoactivas: *"yo tuve muchos problemas por la droga, por el consumo. En un momento de mi vida perdí todo. Tengo una hija de cuatro años:*

la perdí. Perdí mi familia, todo. Y quedé en situación de calle". Agrega que en ese espacio las situaciones de consumo pueden desarrollarse en compañía de otras personas o en soledad: "en la calle siempre hay un compinche con quien drogarte, si no te drogás sola [...]. Iba, me buscaba mi pastilla sola, siempre mi droga, sola, la buscaba y la conseguía sola". Y destaca un aspecto particular de la situación de calle para las mujeres en relación con las compañías para el consumo: "En la calle yo aprendí que siendo mujer siempre sobra la gente para drogarse" (Entrevista 8, 19-07-23, Centro, CCC, femenino, 23 años).

Asimismo, una de ellas asocia en su relato la situación de calle con un mayor consumo: "*Y antes de enterarme de que tenía HIV me drogaba mucho más, cuando vivía abajo del puente. Vivía en la calle*" (Entrevista 6, 18-07-23, AMBA, CAAC, femenino 39 años).

Mientras que la calle podía ser para algunos de los entrevistados un refugio para no convivir con su grupo familiar, para otros -en especial para aquellos que tienen allí el espacio para actividades delictivas, de venta de sustancias y de consumo- estar en la calle era una situación que se contraponía a su vida familiar. Como señala una de las personas entrevistadas: "*Ahí empecé a vender mis cosas. Y perdí todo lo que tenía. Empecé a recaer completamente, a vender mi ropa, a estar en la calle cada noche... No, horrible*". Y destaca que estar en la calle le generó un conflicto con su familia, que llegó a ponerle un límite: "*en un momento me echan de mi casa: me dice mi mamá que no quería que estuviera más ahí, con toda la razón, obviamente*" (Entrevista 9, 20-07-23, Centro, IC, masculino, 33 años).

Asimismo, uno de los entrevistados contrapone los aspectos positivos con los negativos de su infancia y adolescencia: "*Y... tuve muchas cosas buenas, como también muchas cosas malas*". Los primeros tienen que ver con la vida familiar y las actividades deportivas: "*Creo que lo bueno siempre lo estoy viviendo:*

volver a jugar al fútbol. Creo que ahora empecé de vuelta a jugar al fútbol para ficharme". Los aspectos negativos tienen que ver con el consumo y la delincuencia: "estaba con problemas de droga, con delincuencia [...]. Estoy en la calle". Y a continuación agrega que la calle se contrapone a la libertad y al trabajo, a la organización del propio proyecto de vida, y a un cambio: "tomé la decisión de cambiar, hacer una vida nueva. Creo que cuando uno se propone su forma, su idea, lo hace sin tener ayuda: ahora trabajo, transpiro mi camiseta, me compro mis cositas. Lo poco, lo mucho, pero trabajo" (Entrevista 1, 10-07-23, AMBA, CAAC, masculino, s/d edad).

Trayectorias de consumo

En este párrafo se presentan las situaciones en las que las personas entrevistadas refieren cómo iniciaron sus consumos, junto con algunos de los puntos de inflexión en las trayectorias –además de los ya señalados previamente– que marcaron algunos cambios en los consumos, las compañías, cantidades, frecuencias y/o modalidades de consumo. Se procura reconstruir de manera sintética los puntos de inflexión fundamentales en las trayectorias de consumo a partir de los relatos recabados.

Inicios

A la pregunta por el momento de sus vidas en que habían empezado a consumir sustancias psicoactivas, las personas entrevistadas ofrecieron diferentes respuestas y mencionaron un amplio rango de edades y momentos de maduración, pero básicamente pueden distinguirse tres grupos con diferentes momentos de inicio en el consumo.

En primer lugar, nueve de los relatos dan cuenta de haber empezado a consumir sustancias psicoactivas desde la niñez o la pre adolescencia, y no se limitan a mencionar el consumo de sustancias psicoactivas ilegales.

El alcohol aparece en varios de esos relatos como la sustancia consumida más precozmente, a edades tan tempranas como los 10, 11, 12 o 13 años, en algunos casos de manera episódica al principio. Uno de los entrevistados relata haber consumido desde los 10 años, destacando que durante su adolescencia ese consumo no era frecuente, pero que empezó a compartirlo con compañeros de la escuela y en situaciones sociales. Sólo posteriormente ese consumo se hizo más frecuente: *"La adicción de la bebida siempre fue así desde el servicio militar: yo disfruto, por ahí se me pasa la mano y disfruto mucho más de la cuenta [risas]"* (Entrevista 2, 12-07-23, Patagonia, CCC, masculino, 55 años). Otro de los entrevistados señala: *"en realidad siempre tuve problemas con el alcohol... Esa fue mi primera sustancia: la primera borrachera que me agarré, no sé, tendría 12 años, 13, 14 ponele"* (Entrevista 4, 14-07-23, Centro, DTC, masculino, 58 años).

Sin embargo, el alcohol no es la única sustancia legal mencionada como primer consumo: *"probé cigarrillo a los 12 años"*, pero agrega que poco después empezó a consumir sustancias psicoactivas ilegales: *"marihuana a los 13 y cocaína a los 14. Y, así seguí hasta los 22"* (Entrevista 13, 24-07-23, Centro, CAAC, femenino, 26 años).

Los consumos aparecen en varios casos relacionados con vínculos con los amigos y los pares de los barrios de residencia, y en algunos casos con los hermanos. Los conflictos con amigos, compañeros o pares en algunos casos implicaban cambios de compañías que propiciaban la iniciación en el consumo de sustancias:

Cuando yo tenía 13 años iba a la escuela y me peleé con una chica en la escuela, y como que los papás de los demás chicos no querían que mis amigos se junten conmigo, y como que me alejé de los que eran mis amigos, que eran chicos de mi edad. Y me empecé a juntar con gente más grande, y ahí fue cuando empecé a consumir, cuando me empecé a juntar con la gente que era más grande que yo" (Entrevista 13, 24-07-23, Centro, CAAC, femenino, 26 años).

También se menciona el uso de algunos medicamentos con efectos psicoactivos consumidos sin prescripción: *"al frente de mi casa justo había una farmacia. Y bueno, y ahí ya empezamos con jarabe, ya sea TorfanH©, Talasa© y todas esas cosas, ¿viste?"*. Asimismo, señala que así comenzó a tomar medicamentos: *" toda clase de pastilla. Y no necesitábamos recetas porque éramos del barrio, y nada: la farmacia estaba enfrente del barrio, ¿viste? Éramos chicos, pero éramos chicos y no tan chicos. Éramos chicos grandes ya, porque hacíamos cosas de grandes también"* (Entrevista 23, 11-08-23, AMBA, CAAC, masculino, 52 años).

De manera similar, en relación con las "cosas de grandes", otro entrevistado relaciona sus primeros consumos con los ingresos que obtuvo en su primer trabajo informal, cuando dejó de ayudar a su padre y pasó a emplearse para alguien más, con sólo 12 años:

Antes de irme de mi casa yo ya tomaba alcohol. Ya salía y tomaba alcohol. Empecé a trabajar en una verdulería a los doce años. Ahí yo cobraba mi plata. Porque antes mi papá nos llevaba a trabajar de albañil con él, pero no nos pagaba (...). Y ahí empecé a trabajar, ganando quince pesos por día que en ese tiempo era un montón de plata (Entrevista 8, 19-07-23, Centro, CCC, femenino, 23 años).

En otros relatos el momento de la vida en el que se dan los primeros consumos de sustancias psicoactivas aparece relacionado con situaciones familiares conflictivas y hasta de violencia. Una de las personas entrevistadas señala que empezó a probar sustancias cuando

Quedamos en manos de mi mamá... Ella tenía un mayorista de bebidas y nos hacía trabajar para ella. Yo con once años y medio me iba a lavar la ropa a un hombre que me pagaba la plata y así como llegaba se la tenía que dar a mi mamá. Y mi padrastro, que nos re-verdugueaba, le pegaba a mi mamá. Ahí empezó una vida que no conocía. Imaginate que yo iba a colegio privado. Era una nena diferente. Y los golpes de la vida, fue lo que me llevó a hacer caer en el consumo (Entrevista 18, 26-07-23, AMBA, CAAC, femenino, 34 años).

La misma entrevistada refiere que empezó consumiendo bebidas alcohólicas entre los 11 y los 12 años. Señala que, a los 16 años, junto con su pareja, empezó a consumir marihuana. Pero en este relato el consumo de sustancias psicoactivas aparece en contraste con cierta inocencia propia de la niñez y con el cumplimiento de ciertos mandatos: *"La primera vez que fumé marihuana es como si fuera... Yo no sabía lo que era... Era una chica re-buena, sana, de colegio privado a pasar a una vida mal"* (Entrevista 18, 26-07-23, AMBA, CAAC, femenino, 34 años).

En el mismo sentido, otro de los entrevistados, cuyo consumo problemático era fundamentalmente de alcohol, cuenta: *"en realidad siempre tuve problemas con el alcohol. Esa fue mi primera sustancia, la primera borrachera me la agarré a los, no sé, tendría 12, 13 años, 14"*. Destaca que siempre tuvo una inclinación por el consumo de alcohol: *"como una debilidad, digamos, un gusto, no sé cómo llamarlo"*. Y agrega: *"O sea, me terminó marcando de por vida, porque siempre fue un compañero para mí"*. Pero esa inclinación por el alcohol, durante mucho

tiempo no estuvo acompañada por un consumo tan intenso de otras sustancias legales o ilegales: "probé, no sé, marihuana a los 16" (Entrevista 4, 14-07-23, Centro, DTC, masculino, 58 años). Su consumo de alcohol tenía momentos en los que aumentaba, y en ciertas épocas bebía, pero sólo de noche para preservar su trabajo diurno. Pero señala que el peor momento de su vida fue cuando falleció su madre, lo que le causó un gran dolor. En ese momento, decidió dejar todos sus compromisos laborales, desconectar su teléfono y comenzó a consumir con mucha intensidad alcohol y cocaína, buscando aislarse y de alguna manera bloquear su angustia. Eso lo llevó con posterioridad a una situación de consumo problemático.

Un segundo grupo, de siete de las personas entrevistadas, menciona que había empezado a consumir sustancias en un rango de edades un poco más tardío, en plena adolescencia, entre los 14 y los 18 años. Pero también algunos de los que hablaron de un consumo más precoz, y que mencionaron el alcohol, y en un caso el tabaco, como sustancias psicoactivas de iniciación, señalaron además que el consumo de aquellas ilegales –fundamentalmente marihuana y cocaína inhalada y/o alguna forma de cocaína fumada– se dio entre los 14 y los 18 años. En este grupo las primeras experiencias de consumo aparecen con frecuencia relacionadas con los consumos que tenían lugar en su entorno, tanto familiar como de amistades o de grupos de chicos del barrio.

Una de las entrevistadas denota esa diferencia entre los consumos iniciales y el paso a consumir sustancias psicoactivas "*pesadas*" señalando que, aunque ya había probado sustancias: "*soy adicta de los 14 años*". En ese relato, el inicio en el consumo de "*paco*", una forma de cocaína fumada se dio a partir de una situación de violencia sexual: "*Fue con la persona que me violó. Él me dio la droga*" (Entrevista 6, 18-07-23, AMBA, CAAC, femenino, 39 años).

Otra de las mujeres entrevistadas menciona que empezó a consumir marihuana a los 14 años con su hermana mayor, y en su relato destaca que empezaría a consumir otras sustancias más tardíamente: cocaína inhalada a los 26 años y cocaína *"pipeada"* –es decir, alguna forma de cocaína fumada– a los 29 años (Entrevista 3, 13-07-23, Centro, DTC, femenino, 45 años).

A su vez, una de las entrevistadas cuenta que empezó a los 14 o 15 años consumiendo *"pastillas"*, en una situación de amigos en la que estaban *"escabiando, y bueno veía que por ahí pasaba un faso, en ese momento como que me daba asco, no quería saber nada, ya lo había probado"*. Luego sintió interés por ese consumo también en una situación grupal: *"yo voy a probar: era como que en ese momento yo quería ser parte de ese grupo"*. Pero destaca que la persona que le dio la sustancia sabía de sus prácticas deportivas, que ya estaba participando en competencias y dando clases, y le planteó que no le convenía consumir: *"¿Vos estás segura? Que no, que vos sos deportista, que ya sabemos que sos campeona, que esto que lo otro..."*. Agrega finalmente: *"Y bueno, la terminé tomando a la pasta, o sea la tomé"* (Entrevista 7, 18-07-23, Centro, DTC, femenino, 38 años).

Otro de los entrevistados cuenta que empezó a los 16 años, con algunos de los chicos del barrio que ya consumían sustancias psicoactivas: *"Me fui a otro bando con otros chicos, también de mi barrio, que me conocían de toda la vida. Y siempre teníamos algo en común y ahí empecé [...] Ahí empecé y no me pude salir más"* (Entrevista 17, 25-07-23, AMBA, IC, masculino, 38 años). Pero destaca que hubo un cambio entre el comienzo, probando marihuana, a una etapa posterior consumiendo cocaína.

Otras personas entrevistadas de este grupo mencionan que simplemente les ofrecieron alguna sustancia y la probaron para experimentar. A su vez, uno de los entrevistados cuenta que empezó en la adolescencia, entre los 15 y los 18 o

19 años: "empecé a hacerlo como consumo social, los fines de semana, con mis compañeros, con mi compañero de colegio, con mis amigos". Pero esos consumos sociales estaban moderados por el sostenimiento de un compromiso con y una rutina de prácticas deportivas: *"Entiendo que en ese momento jugaba al fútbol y me ayudaba un montón a cortar el consumo, en cuanto a que tenía alguna actividad o tenía algún compromiso, y no lo hacía"*(Entrevista 15, 25-07-23, Centro, IC, masculino, 41 años).

Por último, el grupo con mayores edades en promedio, entre 33 y 75 años cumplidos, y conformado por otras seis personas entrevistadas – respondieron a la pregunta por el momento de inicio en el consumo señalando que habían consumido sustancias psicoactivas a partir de los 23 años y hasta pasados los 30 años.

También en este grupo se mencionan varias sustancias como primer consumo: "creo que la primera vez que consumí una droga fue alguna droga sintética, o marihuana inclusive, habrá sido a mis 23, 24 más o menos". Aquel entrevistado señala que empezó a consumir en momento de insatisfacción: "Creo que lo recuerdo viviendo la vida de otra persona, viviendo la vida que quería mi viejo, que quería mi vieja. Una vida segura haciendo lo que ellos querían ¿viste? siendo una persona infeliz pero segura, eso así lo recuerdo" Entrevista 14, 25-7-23, Cuyo, CAAC, masculino, 40 años). En el mismo sentido, otro de los entrevistados señala que empezó a consumir cocaína a los 27 años, y que, al principio, "era un consumo mucho más social, a donde uno se podía reír consumiendo" (Entrevista 12, 21-07-23, Centro, IC, masculino, 42 años).

También ciertas situaciones angustiantes en lo afectivo aparecen mencionadas como desencadenantes de los primeros consumos: la muerte de un hijo para una de las entrevistadas cuando tenía 30 años, que la llevó a probar sustancias con gente del barrio (Entrevista 5, 25-07-23, NOA, DTC, femenino, 50 años). ; Y

la separación de una pareja, mencionada por uno de los entrevistados, que lo llevó a consumir cocaína junto con su habitual consumo de alcohol, en compañía de amigos (Entrevista 9, 20-07-23, Centro, IC, masculino, 33 años).

Puntos de inflexión y cambios en los consumos

En ninguno de estos casos los consumos iniciales fueron percibidos inmediatamente como problemáticos. En algunos de los relatos esos consumos se caracterizan como una experimentación. Pero más bien lo que predominó fue el uso farmacológico de las sustancias como un medio para aplacar angustias, asociado a la necesidad de sobrellevar situaciones personales difíciles o de insatisfacción.

Como puede apreciarse en algunos de los relatos analizados, los consumos iniciales se perciben como experimentaciones ocasionales o circunscriptas/restringidas a situaciones sociales o de esparcimiento, que en algunos casos requerían de circunstancias en alguna medida preparadas o planificadas:

Después empecé a consumir cocaína, pero ahí me juntaba con gente más grande. Cuando quería consumir me iba con gente grande, con los muchachos ahí de Banfield, que eran todos hombres grandes. Yo llevaba plata, me compraban y yo consumía con ellos. O me invitaban. Pero lo hacía cada tanto. Los fines de semana, una vez. No era seguido... En la semana yo tenía que estar en mi casa, tenía obligaciones (Entrevista 16, 25-07-23, AMBA, IC, masculino, 26 años)

La percepción de los consumos como problemáticos, en cambio, aparece asociada con un incremento en las frecuencias. Para uno de los entrevistados, ese incremento en la frecuencia de consumo hasta el punto de pasar a sentirse

como una *"necesidad hasta física"*, estuvo asociada también con situaciones de insatisfacción personal:

Vino de la mano con un momento de mi vida en donde no le estaba encontrando la vuelta a las cosas y bueno, con la cocaína le di un poco de sentido a todo, porque no le estaba encontrando la vuelta a la vida [...]. Recuerdo que era una persona que no estaba feliz con las decisiones que estaba tomando, estaba empezando a tomar decisiones que no tenían nada que ver conmigo como casarme, por ejemplo. Y en la cocaína encontré eso, sostener esa gran mentira para mí mismo, por así decirlo (Entrevista 12, 21-07-23, Centro, IC, masculino, 42 años).

Para otro de los entrevistados, la pérdida de una de sus hermanas aparece como desencadenante de un mayor y mucho más frecuente consumo, en conjunto con situaciones que lo llevaron a ser procesado y terminar detenido.

Un desencadenante del incremento en la frecuencia de consumo que aparece en los relatos es el cambio en las modalidades. Cuenta una entrevistada que empezó a consumir sustancias psicoactivas debido a la influencia de su entorno y a la curiosidad, que decidió probar y consumir junto con su hermana y sus amigos en la adolescencia. Luego, probó la cocaína cuando su marido realizó un *"revoleo"* de cocaína: *"compró dos tizas y las vendió"*. A partir de ese momento, probó la cocaína en forma inhalada y empezó a consumirla con su pareja, pero también empezó a aumentar la frecuencia de sus consumos, aun teniendo ya una hija de tres meses. Su consumo de sustancias comenzó a aumentar, incluso consumiendo con sus hijas presentes. A partir de los 28 o 29 años al pasar de consumir marihuana y cocaína inhalada a consumir cocaína *"pipeada"*—es decir, fumada—, que probó con una amiga, sus consumos empezaron a aumentar en cantidad y frecuencia.

Cuando estaba embarazada de su tercera hija consumía y eso hizo que empezara a percibir claramente que su situación era problemática: el consumo de sustancias psicoactivas había afectado su vida cotidiana y familiar junto con sus hijas. Mencionó que pudo percibir el desorden doméstico y los efectos del consumo, aunque destaca que jamás, ni ella ni su marido eludieron sus responsabilidades de cuidado hacia sus hijas. Su hija mayor llegó a planteárselo explícitamente: *"mamá si vos querés consumir, consumí, y hacé lo que quieras, total la que se está matando sos vos"* (Entrevista 3, 13-07-23, Centro, DTC, femenino, 45 años). Las situaciones de consumo se volvieron problemáticas cuando empezaron a darse situaciones de violencia en su pareja:

después de consumir se vienen los problemas, porque nosotros peleábamos, mi marido me pegaba (...) porque estábamos los dos mal dormidos, mal comidos, mal, y eso generaba que yo me pelee con mi marido, que él me pegue, que nos separemos, que yo lo denuncie, y así muchas historias feas (Entrevista 6, 18-07-23, AMBA, CAAC, femenino 39 años).

Otra de las mujeres entrevistadas señala que empezar a fumar cocaína se asoció con un incremento en las cantidades y con dificultades para sobrellevar su vida cotidiana habitual: *"en una de esas giras, probé lo que es la pasta base, y ahí es como que me atrapó muchísimo, empecé a consumir cada vez peor, me costaba sostener el trabajo, en un momento llegué ni a sostenerlo que casi me echan"* (Entrevista 7, 18-07-23, Centro, DTC, femenino, 38 años). A ella también la situación de separación la llevó a experimentar con esas otras modalidades y a intensificar su consumo, afectando su vida laboral.

Las situaciones de consumo se vuelven claramente problemáticas cuando afectan la vida cotidiana y en particular las situaciones laborales. Como punto de inflexión en sus consumos, uno de los entrevistados señala el impacto que

tuvo sobre él *"la pandemia. Descontrolado. Completamente"*. El mismo entrevistado mencionó que, después de la pandemia, decidió viajar a Buenos Aires para trabajar allí en su oficio:

Me fui escapando de mi ciudad y del consumo, estuve dos meses limpio. Fue un intento de salir. Dije: no, la estoy cagando completamente, me voy de acá. Porque ya me estaba maquinando la cabeza y me daba cuenta que se me estaba yendo de las manos. Que ya no me daba la plata [...]. Ya estaba consumiendo para trabajar. O sea trabajaba para consumir. Ya no trabajaba para vivir sino para consumir (Entrevista 9, 20-07-23, Centro, IC, masculino, 33 años).

En algunos de los relatos aparece con fuerza la idea del uso farmacológico de las sustancias psicoactivas como "un canalizador de tus angustias, de tus tristezas, un *anestesiador de todo, digamos*" (Entrevista 12, 21-07-23, Centro, IC, masculino, 42 años). En el mismo sentido, una de las entrevistadas señala explícitamente la función anestésica: *"siempre pensaba que, como que me sacaban de la realidad que no quería ver, y estaba anestesiada en mi mundo"*. Pero, a su vez, esos consumos se asociaban en su relato con cambios negativos de comportamientos y actitudes:

La cabeza se te acostumbra y el cuerpo también. Por ahí es el que no te querés drogar, pero es el mismo cuerpo el que te pide sustancia. Yo creo que cuando ando drogada me cambia hasta la manera de pensar, de cómo soy yo como persona, del respeto que tengo hacia el otro. Son como muchas cosas que las vas perdiendo por la droga (Entrevista 6, 18-07-23, AMBA, CAAC, femenino 39 años).

Las situaciones anímicas y afectivas complejas también aparecen relacionadas con cambios en los consumos como puntos de inflexión. Uno de los

entrevistados cuenta en relación con el consumo de sustancias psicoactivas que, a los 21 años, *"cuando me separé la segunda vez, ahí ya formó parte de mi vida"*. Además, el fallecimiento de su padre, de una hermana y también el fallecimiento de un hermano, aparecen como situaciones que no pudo elaborar suficientemente porque recurría al consumo de drogas como anestésico para tapar sus angustias: *"Mi situación fue el fallecimiento de mi papá, de mi hermano, de mi hermana. Fueron momentos que no los viví, los estoy viviendo ahora, los estoy pasando ahora"* (Entrevista 19, 27-07-23, Cuyo, IC, masculino, 44 años).

Otro de los entrevistados asocia la muerte de su madre con comenzar a consumir cocaína fumada y no sólo inhalada: "En realidad, casi 31 años estuve tomando por la nariz, siempre cocaína. Después que falleció mi mamá, hace un año y pico, la empecé a fumar". Eso le generó un enorme cambio en el que llegó a sentirse extraño, como un desconocido: "La fumé cinco meses y bueno, me asusté... Me pareció que no era yo. No le mandaba plata a los chicos, que nunca lo había hecho" (Entrevista 10, 20-07-23, AMBA, IC, masculino, 50 años).

De modo análogo, uno de los entrevistados cuenta que, a partir de una separación de su pareja, angustiante y frustrante, volvió a consumir, pero aumentando los niveles y las situaciones problemáticas relacionadas con ese consumo: *"La dejé y volví a lo mismo. Y volví peor. Ahí volví peor de lo peor, ya empecé a recaer, empecé a vender mis cosas"* (Entrevista 9, 20-07-23, Centro, IC, masculino, 33 años). Otro entrevistado refiere:

Y cuando no estaba consumiendo o por ahí, cuando estaba muy consumido, me agarraba la culpa, muy drogado, me agarraba la culpa y decía no me voy a drogar más, viste, pero me sentía tan mal, mientras me drogaba me sentía mal, viste, como que llegó un momento que decía 'yo

me quiero morir, no quiero vivir más', ¿viste? Estuve, pasé por distintas etapas (Entrevista 23, 11-08-23, AMBA, CAAC, masculino, 52 años).

Como contraparte, en uno de los relatos la situación de pareja aparece como un moderador de los consumos mientras esa relación logra mantener una distancia respecto del barrio y la calle. Pero cuando esa distancia se pierde *"el consumo ya se hizo más grande porque tenía el consumo en la esquina: como yo no tenía otro lugar donde ir, ya me mostré como era, ya consumía todo el día. No me importaba: si ella estaba en la casa consumía igual. Terminé consumiendo todos los días"*(Entrevista 16, 25-07-23, AMBA, IC, masculino, 26 años).

Otro de los entrevistados destaca que su problema de consumo de alcohol tiene que ver más que con una compulsión permanente por consumir, con el consumo abusivo en grandes cantidades. Cuando lo hace: *"No es una cosa que me desespere como tampoco me desespera el alcohol; por ejemplo, yo puedo estar un año sin tomar, pero por ahí pasa un día y tomo una copita. Una segunda copita. Y bum, recuperamos el año perdido [risas]"*(Entrevista 2, 12-07-23, Patagonia, CCC, masculino, 55 años). En su historia ese consumo se da desde la niñez, pero comienza a volverse intenso.

A modo de cierre

En el presente capítulo, se han recopilado y analizado diferentes relatos de personas que se encuentran realizando tratamientos por consumo problemático de sustancias, que dan cuenta de las múltiples situaciones y circunstancias singulares por las que atraviesan. Dichas personas poseen historias y subjetividades únicas, generan trayectorias de consumos, control y gestión de los propios riesgos y daños, como también trayectorias terapéuticas, de tratamientos y de cuidado en el marco de las instituciones y por fuera de ellas particulares.

Cada una de estas trayectorias particulares, también dan cuenta, no solo de factores personales, si no también psicosociales y en estrecha vinculación con sus contextos y territorios. En estos, se destaca el vínculo que han conformado a partir del abordaje integral comunitario que proponen los diferentes dispositivos y modalidades de la red de Sedronar. Dentro de estos es necesario destacar tanto la importancia de la distribución geográfica, como las distintas modalidades de atención, tanto residencial como ambulatoria/comunitaria, lo que posibilita dar cuenta de las necesidades específicas para cada sujeto que se encuentra realizando tratamiento por consumo problemático de sustancias.

Como se ha señalado a lo largo del capítulo, diferentes aspectos inciden en las trayectorias de consumo, terapéuticas, de tratamientos y de cuidado de estas personas. Factores relacionados con la edad, el género, nivel educativo, ocupación, composición y características históricas de sus familias de origen, su actual composición familiar, vincular y la existencia de hijos, se vuelven aspectos centrales para considerar dichas trayectorias. Los entrevistados refirieron cómo distintos acontecimientos familiares y afectivos han incidido en ellos, tanto en situaciones donde se ha profundizado el consumo, como para retomar tratamientos. En los relatos de las personas entrevistadas se reconocen a las situaciones en donde la violencia fue muy elevada como momentos vitales donde los consumos de sustancias aumentaron y se convirtieron en problemáticos.

Por otro lado, los relatos reconocen el impacto de los territorios en dichas trayectorias de consumos y de tratamientos. De esta manera, algunas de las personas entrevistadas refieren que, los momentos que se han encontrado en mayor vulnerabilidad social; entre estos, encontrarse en situación de calle, se asocian con etapas de mayor nivel de consumo. Al mismo tiempo, algunas de

las personas entrevistadas comentaron que, incluso, se habrían encontrado en ese periodo en conflicto con la ley penal.

Por último, destacamos que los entrevistados pudieron identificar un momento vital en su trayectoria de consumo, que les permitió problematizarlos. En estos casos, la existencia de otros significativos fue de suma importancia para un primer acercamiento a algún tipo de dispositivo específico, en los propios territorios de los sujetos. Esta situación pone nuevamente en relevancia la importancia del abordaje con perspectiva comunitaria y territorial que propone la Sedronar.

Que existan diferentes modalidades de dispositivos de abordaje próximas a donde vive la población, posibilita que los tratamientos puedan, no sólo problematizar el consumo de sustancias psicoactivas, si no también, colaborar en construir una nueva vinculación de los sujetos con sus familias, sino también intentar componer el lazo social de quienes presentan consumo problemático de sustancias con su comunidad.

Capítulo 4. Accesibilidad y sostenibilidad

Introducción

En este capítulo se describe la implicancia de las estrategias de intervención implementadas en los diversos dispositivos integrantes de la red Sedronar, a partir de las experiencias de las Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC), las Casas Convivenciales Comunitarias (CCC), las Instituciones Conveniadas (IC) y los Dispositivos Territoriales Comunitarios (DTC). Para ello, se analizan las estrategias llevadas a cabo por dichas instituciones en torno a dos grandes ejes. En primer lugar, se analiza la accesibilidad a los dispositivos de la red, haciendo hincapié en la accesibilidad organizacional y de servicios, la accesibilidad cultural o violencia comunitaria y la accesibilidad geográfica y económica. En segundo lugar, se indaga en los obstáculos y facilitadores que inciden en la sostenibilidad (o no) de los tratamientos.

Para realizar el análisis, se recuperan dos grupos de fuentes: las entrevistas a personas que realizan tratamiento por sustancias, y las palabras y las reflexiones colectivas de referentes técnicos y profesionales de dispositivos de distintas modalidades de atención y regiones geográficas que participaron de los Grupos de Discusión Virtual en el marco del presente estudio.

Accesibilidad

El concepto de accesibilidad resulta central para indagar cómo llegan y se acercan las personas a los dispositivos de la red de Sedronar. Si se analiza el concepto centrado en la oferta de instituciones que abordan los consumos problemáticos de sustancia, la accesibilidad queda limitada a las barreras geográficas, económicas o administrativas que pudieran limitar o imposibilitar

el acercamiento. Por el contrario, como menciona Stolkiner, la accesibilidad implica un vínculo especial entre las personas que concurren o no y los servicios de salud. Esta relación se construye entre las “condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (2000, citado en Comes et al, 2007: 203).

En este sentido, los dispositivos hacen referencia a las distintas estrategias que implementan, tanto para dar a conocer a la institución, como para favorecer el acceso a la misma por parte de las personas involucradas.

Retomando lo trabajado en los Grupos de Discusión Virtual, las actividades de difusión de las CAAC y los DTC para favorecer el acceso a estos dispositivos se dan principalmente a partir de múltiples estrategias que posibilitan estrechar los vínculos con las personas de la comunidad. Como menciona un participante,

Fue con el comedor, con el merendero, con los talleres, y con todos estos espacios que permitieron, que habilitaron ese vínculo y que luego permitió que se fortalezca y que hoy los que se acercan, se acercan con familiares, en su mayoría son de la CCC, y que se acercan para la atención y para el acompañamiento (GDV 1, 29-05-23, CAAC).

Los grupos de discusión virtual tanto de las CAAC como los DTC refieren la variada oferta de servicios que brindan a las comunidades aledañas y que permiten dar a conocer los dispositivos. Las actividades gratuitas posibilitan que las personas de la comunidad conozcan la existencia de los dispositivos, se acerquen a las instituciones y/o refieran a otras personas que se encuentran atravesando una situación de consumo.

En palabras de los referentes, se destacan la amplia oferta de talleres (de oficios, artísticos, deportivos), la gestión o acompañamiento en la realización de

trámites o gestiones vinculadas a políticas públicas (documentación, prestaciones sociales), las actividades comunitarias y/o asistenciales (como merenderos, comedores, entrega de viandas), educativas y deportivas, entre otras. En muchas oportunidades, la permanencia en los talleres o en las actividades comunitarias posibilita, en palabras de referentes y profesionales, “entrar en confianza” para luego iniciar el tratamiento terapéutico.

Se menciona también el uso de redes sociales y/o folletería para facilitar la difusión de las actividades realizadas en cada dispositivo. En algunos casos, dado que el dispositivo es de reciente creación, refieren la importancia de dar a conocer el espacio, principalmente en los barrios más cercanos.

Por último, la estrategia del “boca en boca” también resulta significativa para visibilizar el trabajo realizado en los distintos dispositivos. En palabras de un participante de los grupos de discusión virtual,

Pero bueno, la forma de acceder acá es esa y también pasa mucho esto del “boca en boca”: del primo, del amigo del barrio, del conocido y bueno también estamos en las redes y esa es la forma de contactarnos que hay (GDV 8, 2-6-23, DTC).

En el caso de las CAAC y los DTC, estos pueden ser definidos como dispositivos con abordajes de bajo umbral, es decir, dispositivos flexibles que exigen menos requisitos o requerimientos para acceder a los acompañamientos. Esta flexibilidad implica que no hay una única manera de ingresar a los dispositivos, como tampoco existen protocolos estructurados para iniciar un proceso terapéutico. En síntesis, se pueden identificar tres formas generales de llegar a la institución:

- Demanda espontánea. En algunas oportunidades, es la propia persona que se encuentra atravesando una situación de consumo

quien se acerca al dispositivo a fin de iniciar un proceso terapéutico. Sin embargo, en la mayoría de las situaciones que refieren los referentes y equipos técnicos, las personas llegan por las actividades comunitarias y/o territoriales ofrecidas por el dispositivo y luego de permanecer en estas actividades se comienza a construir la demanda específica.

- Derivación de instituciones estatales. Aquí se puede mencionar el trabajo articulado con establecimientos educativos, centros de salud/hospitales, juzgados, áreas de niñez/desarrollo social/género, entre otras.
- Articulación con organizaciones de la sociedad civil. En este punto aparece, en palabras de las y los participantes, la importancia y significancia de la red.

Estos modos de llegar a los dispositivos se corresponden con un modelo de abordaje integral comunitario, donde se le otorga un carácter central al trabajo en red. En esta red, tanto las organizaciones de la sociedad civil, los clubes, las iglesias como las instituciones estatales en sus distintos niveles, son actores territoriales que componen el espacio comunitario y que participan en la construcción colectiva de estrategias de prevención y asistenciales. “Las redes territoriales son estructuras organizativas flexibles y horizontales que reúnen diversos actores sociales, para articular sus experiencias y recursos, delinear objetivos comunes y trabajar para solucionar problemas o necesidades surgidas de un territorio común y en forma mancomunada” (Sedronar, 2023: 7).

Hay mucho, digamos de las articulaciones y de las redes que vamos gestando en el territorio, principalmente con los centros de salud y las

escuelas, que venimos teniendo un trabajo de articulación (GDV 8, 2-6-23, DTC).

La flexibilidad de estos dispositivos también se evidencia en la ausencia de protocolos formales. En el caso de las CAAC y los DTC, refieren que existen protocolos o modos de actuar que se aplican de manera informal, ajustándose a los requerimientos y los tiempos de las personas que concurren al dispositivo.

Como menciona uno de los participantes de los grupos de discusión virtual,

En un momento de esas semanas, te estoy hablando de la actividad que ellos te cuentan que les atraviesa en su vida, cuál es su historia de vida como sujetos. Hay un montón de protocolos internos que tenemos como equipo, donde nosotros le decimos: bueno, estás cómodo en la casa, ya estas interrelacionando con otros chicos, toman confianza con alguno del equipo, es donde nosotros ahí si le marcamos el límite, por decirlo así le llamemos, donde le decimos ahora tenés que empezar a hacer el tratamiento. Ahora tenés que empezar a hacer el tratamiento, ahora que ya estás un poquito mejor, que has estado dos o tres semanas sin consumir, o una, que no has vuelto al consumo (GDV 1, 29-05-23, CAAC).

En este fragmento, la ficha de primera entrevista u hoja de primer contacto aparece como un instrumento clave para referentes técnicos y profesionales. Este primer vínculo entre el equipo y las personas resulta fundamental y es un espacio donde aparece la primera escucha como dispositivo en sí mismo. Se trata de una escucha que permite acceder a las trayectorias singulares de cada sujeto, recuperando información de cada situación particular, tanto en lo que refiere a situaciones de vulneración de derechos como también a presencia o ausencia de redes vinculares, a fin de diseñar un abordaje integral y situado. Esa

primera escucha es realizada por los equipos, tanto técnicos como operadores y voluntarios.

En el caso de las CCC y las IC, el acceso a los dispositivos se da principalmente a partir de la derivación, tanto de dispositivos de la Red de Sedronar como de instituciones locales (principalmente centros de atención primaria de la salud, hospitales y juzgados). Las CCC son definidas por sus referentes técnicos y profesionales como instituciones con menor trabajo territorial, donde predominan los abordajes hacia dentro.

En nuestro caso concreto, nosotros no somos... la casa convivencial en particular, no somos un dispositivo de bajo umbral. Es decir, de aquellos que están directamente en contacto, que salen a buscar a los pibes, a las pibas a las ranchadas, etc. ¿no?, sino que generalmente son derivados o llegan a nosotros de otros dispositivos o de otras casas (GDV 5, 31-05-23, CCC).

Asimismo, específicamente las IC también refieren que para acceder al dispositivo se requiere de una beca de Sedronar.

Cuando te golpean la puerta o vienen por las redes, están eligiendo el lugar. Igual por más que estén eligiendo el lugar, tienen que sí o sí ir a Sedronar o al organismo derivador a pedir la beca, pero están eligiendo: "Yo quiero éste. No quiero que Sedronar vea donde hay cama. Quiero dar prioridad". Entonces si va a haber una diferencia. Están diciendo: "quiero ir a XXX" (GDV 6, 1-07-23, IC).

Cuando se analiza cómo es la accesibilidad a los dispositivos, resulta relevante indagar también en las representaciones y sentidos de las personas que se encuentran en tratamiento y llegan a estas instituciones.

En línea con lo planteado en los grupos de discusión virtual, en los relatos de las personas que se encuentran realizando tratamiento se identifican distintas formas de ingreso. En particular, en las entrevistas se planteó que el acercamiento se da a partir de la articulación institucional como por demanda espontánea (tanto de la propia persona como de familiares y/o amistades).

Uno de los entrevistados plantea que el acceso a la institución fue a partir de la derivación de un profesional: "*me lo sugirió el psiquiatra, y yo acepté venir, y me quedé porque me sentí muy contenido, no contenido, muy contenido*" (Entrevista 22, 28-7-23, Cuyo, CAAC, masculino, 75 años). También se produjo por medio de alguna institución: "*Niñez me da la libertad de elegir y yo tenía justo el papá de mi hija que venía a Red Puente. Entonces ahí yo elijo venir acá, con él*" (Entrevista 8, 19-07-23, Centro, CCC, femenino, 23 años) quienes tienen algún conocimiento de la red Sedronar.

Otros entrevistados plantean que fue a partir de las referencias que pudo ofrecer un familiar directo como madre o padre: "*llegué por medio de... mi papá, es municipal [...] Y él, por un conocido, me interné*" (Entrevista 23, 11-08-23, AMBA, CAAC, masculino, 52 años) hermanos y hermanas, entre otros:

Porque cuando yo acepté hacer tratamiento por medio de otro, fue que mi hermano mayor, mis hermanos menores me hablaron (...) y me trajeron acá, hablé con ellos y la verdad que yo accedí, pero no por mí, primero por darle satisfacción a mi familia para que se sientan tranquilos (Entrevista 5, 25-07-23, NOA, DTC, femenino, 50 años).

En otros casos referidos por las personas entrevistadas, el acercamiento fue a partir de la familia en segundo grado, como sobrinos/as o tíos/as: "*Al otro día hablé con mi sobrino que tiene conexiones en Sedronar. Creo que la pareja de él... no sé si trabaja en Sedronar o... tiene alguna conexión... y bueno, me hizo el*

contacto acá y me viene a internar" (Entrevista 10, 20-07-23, AMBA, IC, masculino, 50 años).

Ante la solicitud de inicio de tratamiento, las personas entrevistadas señalan como facilitadores del proceso, a la celeridad de la atención y el inicio del mismo, de las gestiones para el iniciar su internación. Un entrevistado refiere: "*Llegué, vine caminando porque en ese momento vivía a unas seis cuadras y la admisión me la hizo el director del lugar. Me entrevistó, me preguntó cómo lo venía llevando y después tuve un ingreso al tratamiento*" (Entrevista 14, 25-07-23, Cuyo, CAAC, masculino, 40 años). Otra persona entrevistada destacó la escucha en relación al pedido de internación debido a su situación:

Me voy a pedir la beca un viernes a Sedronar. Me quieren dar un ambulatorio. Yo le dije que yo no quería un ambulatorio. Yo necesito internarme. Y me dice: Te voy a conseguir una por Lanús. Le dije: No, mandame lo más lejos de mi casa, al lugar que yo sé que no voy a poder volver... Y me derivaron acá [a Mercedes]. El viernes fui a pedir la beca y el lunes ya tenía el lugar de internación (Entrevista 16, 25-07-23, Centro, IC, masculino, 26 años).

Por el contrario, la situación de no contar con una red de apoyo o sostén, familiar o comunitario, que les permita acceder a los servicios de salud, terminan funcionando para las personas que participaron de las entrevistas como obstaculizadores en el acceso.

Distintos fragmentos de entrevistas dan cuenta de este funcionamiento obstaculizador del acceso:

Que por ahí son procesos que cuando estás sola o cuando no tiene una institución hacia el lado, cuesta más hacerla porque no puede ir a un

hospital y que pedir una desintoxicación (Entrevista 8, 19-07-23, Centro, CCC, femenino, 23 años).

Y porque nunca tuve apoyo de nada, yo. Nunca tuve apoyo de nada (Entrevista 17, 25-07-23, AMBA, IC, masculino, 38 años).

Una de las personas entrevistadas plantea que su dificultad estuvo en ubicar durante mucho tiempo el problema en la sustancia en sí, y no en preguntarse a qué se debía su consumo: "*Siempre aduciendo a que el problema era el consumo de la sustancia y no el porqué del consumo de la sustancia. Y eso A. no me ayudó mucho*"(Entrevista 12, 21-07-23, Centro, IC, masculino, 42 años). Así también, en las entrevistas se observa como obstaculizador el desconocimiento y prejuicio en torno al dispositivo y la forma de trabajo que algunas personas pueden tener:

Creo que esta institución es como una semi cárcel o un, no sé, un lugar, porque viste que uno es prejuicioso, hay muchos prejuicios y en ese tema es como que el que está acá es un quemado, no, es un pibe recuperable (...) Entonces como que el pedido de ayuda hubiese parecido ser como un lejano, o no válido. Con lo equivocado que estábamos, claramente (Entrevista 15, 25-07-23, Centro, IC, masculino, 41 años).

De las entrevistas a personas que realizan tratamiento, se identificó una dimensión adicional relacionada con la accesibilidad y el acercamiento a los dispositivos, que viene dada por el rol de los vínculos y redes de apoyo, y se trabaja a continuación.

Accesibilidad y el rol de sus vínculos como motivos de acercamiento

En relación a los motivos para iniciar su tratamiento actual, las personas entrevistadas manifiestan que se basó en una decisión personal, relacionada a situaciones previas que marcan un punto de inflexión para acercarse a los dispositivos, como sentir que se "tocó fondo":

Y bueno, acá estoy hace como cinco o seis meses que vengo, porque pedí ayuda, porque estaba con adicción, tenía problemas y ya. Nunca necesité, nunca pedía ayuda hasta que toqué fondo y creo que no encontraba la vuelta" (Entrevista 1, 10-07-23, AMBA, CAAC, masculino, s/d edad).

Otro entrevistado refiere como motivo:

"Por las recaídas: "el año pasado me empecé a tropezar de vuelta, empecé a ver unas recaídas cada vez más seguidas y decidí internarme acá (Entrevista 19, 27-07-23, Cuyo, IC, masculino, 44 años).

En algunos relatos se plantea el motivo del inicio de tratamiento vinculado a no causar sufrimiento a otras personas "cuando vine con mi hija, vinimos a consultar al psiquiatra, (...) yo le dije al Doctor Z que, antes que crearle problemas a mi hija y a mi familia prefería internarme. Porque no quería hacer sufrir más a nadie" Entrevista 22, 28-7-23, Cuyo, CAAC, masculino, 75 años).

Se busca así evitar el impacto del consumo problemático en ellos, planteándolo como un intento "cambiar de vida": "Me importaba tapar el dolor que yo sentía con los temas de mi nene, el no poderse hacerme cargo de ser papá, No pude hacerme cargo (...) es el motivo por el cual yo me interné, de cambiar de vida" (Entrevista 23, 11-08-23, AMBA, CAAC, masculino, 52 años).

Otra entrevistada, por su parte, expresó que el inicio de su tratamiento fue a partir de los talleres que brinda el dispositivo como intentos de salir de entornos violentos: "Bueno yo [inicié el tratamiento], para salir un poco de mi casa, y de la

violencia, y de la droga y de todo" (Entrevista 3, 13-07-23, Centro, DTC, femenino, 45 años).

La realización de una denuncia de terceros, como instituciones estatales fue otra de las razones del acercamiento al dispositivo: *"Y cuando me la saca Niñez, Niñez me pide que haga un tratamiento"* (Entrevista 8, 19-07-23, Centro, CCC, femenino, 23 años) o el hospital donde recibieron asistencia, como el caso de una persona entrevistada, quien relata que al estar bajo efectos de consumo se produce su parto, por miedo decide no avisar a los profesionales que la asistían hasta llegada la cesárea. Debido a esto, desde la institución, intervienen realizando los estudios necesarios al recién nacido y se efectúa la derivación para iniciar un tratamiento por consumo, como condición para que su bebé pueda recibir el alta: *"No, la bebé, te tenemos que decir que la bebé va a quedar acá hasta que vos hagas los tratamientos que tenés que hacer. Y ahí me cayó como un balde de agua fría"* (Entrevista 18, 26-07-23, AMBA, CAAC, femenino, 34 años).

Así como se documentaron referencias a vínculos, en los relatos a personas que concurren a los dispositivos se identificó también a las redes de apoyo con las que pueden contar las personas que inician tratamiento ayudan en el acceso a los mismos. Se destaca entre estos, el apoyo informal de vecinos: *"fue mi vecino, y desde ahí, mi vecino una vez que me internaron por intento de suicidio, fue mi vecino quien avisó a mi familia"* (Entrevista 12, 21-07-23, Centro, IC, masculino, 42 años). El rol de los vecinos también se asocia a quienes intervinieron o a quienes le solicitaron ayuda:

"Le dije a un vecino, a una señora que tenía un hijo internado en la institución y me dio el teléfono. Hablé con los muchachos, que no me acuerdo cómo se llama, que le agradezco toda la vida de haberme hecho entrar" (Entrevista 21, 28-07-23, AMBA, CAAC, masculino, 46 años).

También hay referencias a personas del entorno, amigos o conocidos que se contactaron con los servicios o acompañaron a quienes se encuentran realizando tratamientos:

"A todo esto conocí gente que me dijo: 'mirá, hay un lugar en San Miguel que se llama Carita, me dice, que es el Centro de día, me dice que ahí podés ir a comer, a bañarte, y si querés lavar tu ropa'" (Entrevista 17, 25-07-23, AMBA, IC, masculino, 38 años).

Algunas personas entrevistadas comentan que quienes los acompañaron a iniciar su tratamiento mayormente fueron los apoyos formales (madre, padre, familia segunda, parejas, hermanos, primos): *"Me acuerdo un día levantarme en la cama y tener a toda mi familia sentado alrededor mío y decir lo bueno que hacemos con esto. Y yo dije: 'bueno, vamos a ver si puedo empezar una recuperación'" (Entrevista 19, 27-07-23, Cuyo, IC, masculino, 44 años).*

En síntesis, y considerando ambos tipos de fuentes, es posible retomar la afirmación de Comes, quien plantea que "en el concepto de accesibilidad se articulan dos actores del Sistema de Salud: los sujetos y los servicios y lo que se pone en juego es la posibilidad que tienen los sujetos para acceder a los servicios cuando lo necesitan. Si esto es así, también se pone en juego, del lado de los servicios, la disponibilidad para contener "sujetos necesitados de atención" (Comes, 2006: 282). Retomando lo planteado en los grupos de discusión virtuales, los distintos dispositivos reconocen varios facilitadores que inciden en las posibilidades de llegar y permanecer en los espacios. Entre ellos, se puede mencionar: las características edilicias de los dispositivos, la apertura de los espacios en una amplia disponibilidad de días y horarios, las trayectorias en los barrios/localidades/provincias, el trabajo articulado al interior de los dispositivos como así también en las redes locales. Se destaca, en palabras de los equipos, "nunca cerrar las puertas" de las instituciones.

Y el otro tema por el que en muchos casos... vuelvo a decir, tratamos de recibir a todos, es porque por cuestiones de conducta han sido expulsados de algún lugar. Nosotros, al tener diversidad de dispositivos, vamos como rotando ese ingreso, dándole siempre una nueva oportunidad porque la idea es de no expulsión, porque trabajamos, creo que todos los que estamos acá, con personas que han sido crónicamente expulsadas de todos los dispositivos, entonces la idea es no volver a generar esa instancia... de rechazo (GDV 4, 30-05-23, CCC).

A su vez, estas características institucionales relacionadas con su flexibilidad inciden marcadamente en las posibilidades de acceso de las personas que asisten a las mismas. Los relatos de dichas personas, la forma poco burocratizada y su apertura a la comunidad es lo que les permitió vincularse por primera vez con los dispositivos. También se destaca el rol de las redes sociales, afectivas y familiares de las personas que hacen tratamiento allí, y su posibilidad de participar de los dispositivos. Esta última situación remarca la importancia de que los espacios de acompañamiento incorporen y mantengan esta perspectiva comunitaria, ya que, según los relatos de los entrevistados, los diferentes integrantes de la red de estas personas son quienes acompañan, cuidan, y posibilitan problematizar el consumo de sustancias psicoactivas, para luego concurrir a un dispositivo específico.

Accesibilidad cultural o violencia cultural

La dimensión cultural hace alusión a las posibilidades de utilizar o no un dispositivo en función de cuestiones culturales de los sujetos o del lugar que ocupa la institución en el barrio. En esta dimensión, se requiere comprender cómo operan las representaciones sociales y los sentidos, tanto de trabajadores

de la salud como de las personas que realizan tratamiento por consumo de sustancias. En este apartado, a partir de lo trabajado en los grupos de discusión virtuales, se retoman las significaciones de los referentes técnicos y los profesionales.

Relacionado con lo expuesto, resulta fundamental, a fin de pensar los obstáculos que inciden en el acceso a los dispositivos, conocer si existen determinados grupos de personas a quienes llegar y/o permanecer en las instituciones pueda resultarles más difícil que a otros. En este sentido, la accesibilidad cultural “refiere a los vínculos de los profesionales del centro de salud y las personas que asisten, las relaciones entre diferentes grupos de usuarios/as y las representaciones sociales y discursos que circulan sobre las personas en tratamiento entre los/as profesionales del centro de salud o la comunidad y a cómo pueden afectar el acceso a los servicios de salud y/o la continuidad de los tratamientos” (Rossi et al, 2007: 12).

De modo general, los dispositivos identifican que quienes principalmente acceden a la red de Sedronar son varones jóvenes cis heterosexuales de sectores vulnerables. En algunos casos, son personas del mismo barrio donde se ubica el dispositivo y en otras oportunidades, quienes realizan tratamiento deciden realizarlos en instituciones por fuera de la comunidad. Aquí aparece una primera cuestión que destacan en los grupos de discusión virtual y es que persisten el estigma y la discriminación hacia las personas que concurren a los dispositivos. En palabras de uno de los participantes,

Por más que todo esto haya avanzado bastante, sigue habiendo bastante estigmatización. Como que, en las propias comunidades, por eso creo que en el chat una compañera ponía, en la propia comunidad no son tantos los que se acercan si no que muchas veces los que se acercan son un poco más lejanos, porque también existe un poco eso, ¿no? Bueno, algunas

personas transitan como el qué dirán, che bueno estoy yendo a este lugar donde van personas con consumos (GDV 3, 30-05-23, CAAC)

En algunas oportunidades, desde los dispositivos con anclaje territorial han decidido modificar el nombre o las identificaciones del espacio, a fin de evitar la vinculación entre las actividades y servicios ofrecidos y los abordajes específicos de consumo problemático de sustancias.

Nos pasó en el año 2018 que detectamos que el cartel dice "xxx, abordaje de consumos problemáticos". Y eso, eh, como que le causó un estigma al espacio también. Y escuchamos por las voces del barrio que los pibes no querían venir. Porque ahí atendían a personas que tenían problemas de drogas. Entonces le sacamos el "abordaje consumo problemático" y pusimos "abordaje comunitario" solamente. Y eso fue modificando bastante la llegada de los adolescentes y de los jóvenes (GDV 2, 29-05-23, CAAC).

Entre los grupos a los que identifican como población que no accede a los dispositivos de la red, mencionan a personas de sectores socioeconómicos medios-altos. En vinculación con el estigma que aún persiste sobre el consumo de sustancias psicoactivas, refieren que muchas familias prefieren no escoger los dispositivos de Sedronar y concurrir en cambio a instituciones del sector privado.

Y me ha pasado que tengo que atender, digamos, a mamás que piden ayuda para sus hijos de familias de bien, como le dicen aquí... y que después terminan yendo a centros de rehabilitación carísimos, carísimos, pero como por fuera del hogar, sin aprovechar mucho nuestro espacio que tiene otra impronta, otra dinámica de acompañamiento y por ahí, les cuesta, esa exposición de algún modo. De que si viene aquí es porque lo

van a tildar, lo van a etiquetar de adicto a su hijo y como que no quiere que eso salga a la luz (GDV 3, 30-05-23, CAAC).

Por último, reconocen que las comunidades de pueblos originarios también presentan dificultades específicas para acceder a los dispositivos, instando a los equipos de los dispositivos a implementar estrategias diferenciadas para favorecer la llegada a las instituciones.

Nosotros tenemos un porcentaje alto de población Qom, de jóvenes de la comunidad en el dispositivo y la verdad que eso lo pudimos sortear, tenemos espacio de interculturalidad, hay muy buena onda en ese sentido y no se convirtió eso en una limitante porque nuestros primeros lugares de laburo fueron en barrios de la comunidad qom; entonces mucho del cuerpo de pibes que inician las actividades en el dispositivo ya era de la comunidad y los "criollos" eran los que se tenían que integrar a esto (GDV 8, 2-6-23, DTC).

Barreras por cuestiones de género y estrategias con perspectivas de género

Históricamente, el consumo de sustancias ha sido entendido como una problemática de varones cisgénero. A partir de esta premisa, las estrategias de abordaje han estado diseñadas para favorecer la accesibilidad de varones, invisibilizando las particularidades de las mujeres y personas LGBTI+. En este sentido, en los distintos grupos de discusión virtual surgió la preocupación en torno a por qué no llegan las mujeres y diversidades sexuales.

Entre los motivos que identifican se destaca el estigma que pesa sobre las mujeres consumidoras. Por un lado, se las culpabiliza por su situación de

consumo y, en segundo lugar, esto resulta incompatible con los estereotipos y mandatos que ubica a la mujer en el lugar natural de madre.

A las mujeres les es mucho más difícil llegar a espacios de tratamiento justamente porque no cumplen con ninguno de los roles y funciones que el patriarcado les exige que cumplan, que tiene que ver en general con actividades de cuidado, el cuidado de sus hijos, de su familia, de su padre, madre. Esta idea de que la mujer tiene esa obligación y que si consume sustancias no puede cumplir ninguno de esos roles. Entonces son consumos, por lo menos de lo que nosotros veníamos viendo, que están mucho más invisibilizados y por eso son consumos que no llegan. No significa eso que haya menos cantidad de mujeres que consumen sustancias o que consumen sustancias de manera problemática que varones cis (GDV 7, 1-06-23, IC).

Escuchamos de las propias usuarias que nos dicen que ellas tienen que, para poder acceder también al tratamiento, cargar con ese prejuicio de que, aparte de que son consumidoras, son mujeres y mucho más si son madres (GDV 2, 29-05-23, CAAC)

Como menciona Sánchez Antelo et al “Los estudios sobre equidad de género en la adherencia al tratamiento de las adicciones, señalan la existencia de diferencias en la accesibilidad simbólica de las mujeres. Las consumidoras de sustancias psicoactivas resultan sancionadas socialmente, ya que contradicen los estereotipos del género femenino. De este modo, el estigma lleva a no tener la posibilidad subjetiva de solicitar tratamiento de manera oportuna y con mayores dificultades que los varones, en el vínculo con los equipos de salud” (2017: 2).

En la misma línea, otra cuestión que es referenciada como una barrera para acceder a los dispositivos es el temor de las mujeres madres de que el inicio de un tratamiento implique la intervención de organismos oficiales y la consecuente desvinculación de sus hijos.

Por lo general, a nosotros nos pasa que nos encontramos con que muchas mujeres madres no piden ayuda por miedo a que "les saquen sus hijos". Eso es un discurso que se repite muy, muy frecuentemente... el hecho de bueno, de que por ser pobres y consumidoras corren el riesgo de ser desvinculadas de sus hijos. Por ende, no piden ayuda. Entonces, cuando llegan al dispositivo ya la situación es crítica (GDV 8, 2-6-23, DTC).

Además del estigma y el temor que sufren, las mujeres se encuentran abocadas a las tareas de cuidado y sostenimiento del hogar. Esto resulta en que llegan a las instituciones para consultar sobre tratamientos para terceros y/o acompañar a sus parejas e hijos, pero en menor medida para iniciar un proceso terapéutico para sí mismas.

Generalmente son más mujeres, y mujeres que muchas veces también traen alguna problemática que no tiene que ver con ellas o no tiene que ver con ellas si no con su compañero de vida, o con algún hombre en particular que no se acercan, entonces son ellas quienes se acercan, quienes buscan esas primeras escuchas para dentro de su rol de cuidado permanente brindar también información, asesoramiento y también un poco la posibilidad de darles esa herramienta a hombres, pero muchas veces son quienes menos se acercan (GDV 3, 30-05-23, CAAC).

Al igual que en mujeres cisgénero, en el caso de personas LGBTI+ se identifican desigualdades de género que dificultan el acceso a los dispositivos de la red. En

muchos casos, se encuentran invisibilizados, dificultando pensar estrategias de abordaje singulares.

Quizás de otras diversidades todavía no tenemos, es como que está todo oculto. No hay visibilidad de la cuestión (GDV 1, 29-05-23, CAAC).

En otras oportunidades, refieren que es una población reticente o difícil de acompañar.

La población trans son muy reticentes a cualquier tipo de intervención, de acercarse a un dispositivo, de que son muy cerradas, entonces ahí tendríamos que ver alguna estrategia específica (GDV 9, 2-6-23, DTC)

En este sentido, uno de los participantes destaca que el acceso de personas trans al dispositivo ha sido a partir de la llegada de una persona trans, reforzando la importancia del "boca en boca".

Y ahora, en este último tiempo, postpandemia digamos, se han acercado un par de chicas trans, ¿no?, que bueno, que habían escuchado hablar del Hogar por la experiencia de una chica trans que había venido en el 2019 (GDV 3, 30-05-23, CAAC)

Tal como menciona Millet, además de las variables recurrentes, "Cuando se es una persona trans*, habrá que contemplar una variable extra: cómo han sido tratadas otras personas trans* que ya se atendieron ahí. Variable extra que podríamos leer como contracara del privilegio cis de nunca tener que contemplarla" (2020: 75).

[Accesibilidad geográfica y económica](#)

La accesibilidad geográfica se refiere a la localización del dispositivo en relación con la población que allí asiste. De esta manera, cobra relevancia la distancia geográfica del lugar de residencia de quienes realizan tratamiento, y los modos de acceso y desplazamiento para llegar hasta allí. En este sentido, la dimensión geográfica se entrama con la dimensión económica, en tanto han de tenerse en cuenta el costo del transporte y el tiempo de viaje como factores que también inciden en las posibilidades o no de llegar. En esta línea, la accesibilidad económica refiere a los costos económicos que directa o indirectamente afecten el acceso y sostenimiento del tratamiento, más allá de que este sea de provisión gratuita (Rossi et al, 2007).

En la mayoría de los casos, las personas que asisten a los dispositivos son del barrio o de zonas aledañas. Así, la inserción territorial de los dispositivos se vuelve una potencia en lo que respecta a la accesibilidad geográfica y económica. Asimismo, muchos de los espacios suelen estar localizados en zonas donde se accede fácilmente a través de las redes de transporte, lo que permite comunicación con otras zonas de las localidades.

Nosotras, particularmente la casa de pibas de P está en la zona centro-sur de la ciudad, a cinco cuadras más o menos de la casa de gobierno. Lo que nos permite recibir pibas de todos los barrios, digamos de sobre todo de la zona oeste y de la costa, le decimos nosotras que, cruzando el puente, porque justamente en la casa de gobierno paran casi todos los colectivos. Entonces, se llegan en colectivos (GDV 2, 29-05-23, CAAC).

Bahía Blanca también es una ciudad bastante amplia y no se acercan personas solamente de la comunidad donde se encuentra el dispositivo. Vienen de otros barrios. Hay acceso, porque hay varias líneas de colectivo, que pasan cerquita, muchos sí que se tienen que tomar a veces dos colectivos para poder acceder (GDV 3, 30-05-23, CAAC).

En líneas generales trabajamos con lo que es la línea Roca [de tren] y después las personas sí, son de Lomas (...) Conurbano zona sur en líneas generales si tenemos que decir un lugar (GDV 5, 31-05-23, CCC).

Ahora bien, el caso de las IC presenta cierta particularidad, ya que muchas veces las personas que asisten proceden de zonas muy alejadas del lugar del tratamiento, incluso de otras provincias. Desde la perspectiva de los referentes, ello supone ciertos obstáculos económicos, sobre todo en lo que respecta a los costos de los pasajes para que las familias puedan viajar a visitar a la persona en tratamiento, o para que la persona pueda realizar visitas periódicas por fuera del dispositivo.

Nosotros tenemos usuarios de Córdoba, de Misiones, de Salta. Tenemos muchos chicos de ciudades de Entre Ríos. Nosotros estamos en Concepción, pero tenemos de Concordia, de Paraná, de Santa Elena. De pueblitos que no están cerca, que para llegar por ejemplo, a un pueblito, Santa Elena, tienen que tomar dos micros. Están en la provincia, pero son pueblitos lejanos adonde reside la comunidad. Y bueno. La familia no tiene dinero para pagar los pasajes. Ni para las visitas ni para que los jóvenes viajen, semanalmente o quincenalmente (GDV 6, 1-07-23, IC).

Ante la barrera que presenta la cuestión de los gastos asociados al desplazamiento en transporte público hacia el dispositivo, se nombraron distintas estrategias como cargar la tarjeta SUBE para facilitar la llegada, o realizar convenios con municipios o instituciones para garantizar subsidios en los pasajes.

Bueno, nosotros muchas veces le cargamos la sube a los chicos, por ejemplo, y la mayoría de los chicos que tenemos en tratamiento están en

situación de calle. Así que, bueno, es todo un periplo, una odisea que puedan [llegar] (GDV 2, 29-05-23, CAAC)

Aunque la beca de Sedronar cubra el tratamiento, eso no significa que sea el único desembolso de plata que tiene que hacer para venir al tratamiento, el pago ya del transporte público es un gasto que quizás lo pensás en lo semanal o haces la suma de lo que tiene que gastar en transporte si tienen que tomar dos colectivos para llegar a la institución, bueno eso funciona como barrera. Y hemos intentado hacer acuerdos o convenios con empresas de transporte de la muni (GDV 7, 1-06-23, IC).

Otro obstáculo mencionado en algunos casos tiene que ver con los costos de la medicación que se requiere. Ante ello, nuevamente se plantea como estrategia la articulación y la posibilidad de realizar convenios con otros actores relevantes. En ese sentido, la intersectorialidad y el trabajo en red de los dispositivos se constituyen en una fortaleza para sortear ciertas barreras económicas.

Los gastos que tienen en torno al tratamiento son bastante importantes. Nosotros lo que hacemos, y lo que pudimos ir logrando, es con el Ministerio de [Salud de] CABA poder contar, a través del CeSAC, con el suministro de farmacia porque si los mismos pibes se tendrían que comprar en la farmacia los psicofármacos sería imposible. Entonces todo lo que es también atención clínica en general, todas las necesidades, esas tratamos de cubrirlas sea con convenio con el Ministerio de Salud y el trabajo del CeSAC (GDV 5, 31-05-23, CCC).

Sostenibilidad de los tratamientos

La sostenibilidad de los tratamientos de las personas que asisten a los dispositivos es entendida como la continuidad de las prácticas de atención/cuidado mientras la persona lo requiera y/o considere que lo necesita. En ese sentido, se vuelve relevante la dimensión temporal para comprender las características que asumen los procesos de atención y acompañamiento a lo largo del tiempo, teniendo en cuenta tanto las posibles barreras que obstaculicen la continuidad de los tratamientos como las estrategias encaminadas a sortearlas.

Definición o caracterización de la sostenibilidad de los tratamientos (continuidades y discontinuidades)

De modo general, todos los dispositivos identifican intermitencias en los tratamientos, así como una variedad de situaciones dadas por la singularidad de cada caso. De acuerdo con Alli et al (2020), es preciso articular las discontinuidades como aspectos que forman parte de los recorridos de las personas. Para ello, proponen la categoría de *tramo* para caracterizar aquel momento de la trayectoria terapéutica que se sostiene y que contempla el pasaje por más de una institución o dispositivo, así como permite integrar las diversas continuidades y discontinuidades pensadas, antes que como un obstáculo como parte de la trayectoria singular de una persona.

Si bien en todos los dispositivos las personas identifican intermitencias, se registran algunas particularidades según el tipo de dispositivo. En las CAAC y DTC refieren que hay casos donde se deja de asistir a consultas individuales o tratamientos específicos, pero se continúa yendo al dispositivo a los talleres o a “pasar el rato”. Estos otros espacios (talleres, espacios de acompañamiento

cotidiano) son identificados por los equipos como actividades claves en el sostenimiento.

Suelen sostenerse los procesos terapéuticos, por ahí hemos visto la interrupción de procesos terapéuticos pero la persona sigue asistiendo a la casa. Entonces quizás continúa en el taller de tatuaje que está haciendo, o de dibujo, o lo que sea, y quizás hay una interrupción en el proceso terapéutico y que después retoma. Digamos, está como esa interrupción, sobre todo de lo terapéutico, pero se suelen sostener las actividades de la casa. Siempre hay algún contacto. Lo seguimos viendo (GDV 1, 29-05-23, CAAC)

Nosotros (...) entendemos que no, que no son lineales los procesos, que no es que el pibe o la piba vino, se rescató, dejó consumir y su vida es fabulosa; sino cómo entender esos ir y venir, esas vueltas (...). Después en general, se sostienen bastante y me parece que también hacen mucho (...) las referencias, cuando vos tenés ese vínculo con las pibas, generás esa referencia que después la acompaña, aunque sea solo para venir y contarte que no sé, que conozca a su hijo. Nosotros entendemos que eso también es acompañar, aunque no sea en el cotidiano (GDV 2, 29-05-23, CAAC).

Este último relato adhiere a la cuestión de las intermitencias como parte del tratamiento, pero suma una cuestión clave respecto de cómo el dispositivo y sus trabajadores están referenciados en el barrio, se conoce su labor y se sabe que, más allá de no estar transitando un proceso de atención, se puede acudir para solicitar acompañamiento en cuestiones de diversa índole, en tanto forman parte de una red más amplia de cuidados. En la construcción de estrategias de cuidado que propone el modelo de abordaje integral, el trabajo territorial se vuelve clave en tanto que dicho cuidado se construye a partir de las relaciones

de solidaridad y confianza que se establecen entre todos los actores sociales, favoreciendo prácticas que generan mayor sensibilidad, confianza, pertenencia y horizontalidad y que posibilita el sostenimiento de los tratamientos (Camarotti y Kornblit, 2015). En palabras de uno de los participantes, esto se caracteriza como “sostenibilidad comunitaria”, asociada a la intersectorialidad y el trabajo en red:

El equipo va construyendo el concepto en relación a sostenibilidad de los tratamientos en el marco de esta propuesta o cosmovisión de abordaje de los consumos que tenemos desde la bajada de Sedronar [que] radica en esta itinerancia de la persona, que no es la permanencia ininterrumpida en el dispositivo sino el tránsito por toda la red comunitaria. Entonces, en ese punto, nosotros muchas veces tomamos contacto con otras instituciones del recorrido que esa persona va haciendo, en el tiempo que esa persona no está dentro del dispositivo haciendo el tratamiento y (...) retoman porque te vieron, porque te re-contactan y demás. (...) Para poder pensar ese concepto de sostenibilidad comunitaria, nos tocó trabajar mucho multisectorialmente, principalmente con otras instituciones. Porque si desde las otras instituciones se contaba cómo que abandonaste tratamiento, la persona no puede entender esto de la misma manera, entonces esto se fue trabajando bastante con las instituciones en las mesas de gestión (...) o encuentros de esas mesas de gestión departamental y bajamos la línea de abordaje [comunitario] (GDV 9, 2-6-23, DTC).

En lo que respecta a las CCC, en línea con lo mencionado en los dispositivos comunitarios, se asoció la sostenibilidad a la idea de acompañamiento prolongado de la persona ante diversas demandas, aunque ya no se acerque por una cuestión de consumo problemático,

Si la persona por ahí resolvió la cuestión habitacional, está trabajando, pero se sigue acercando al hogar, a demandar alguna cuestión de salud, a saludar, a veces no sabés ni a qué, pero pasan. Seguimos acompañando. A veces es con una cuestión de alimentos, una cuestión más existencial... seguimos acompañando. No es que decimos: 'Hoy tenés el alta', digamos. Como que eso no existe. Seguimos acompañando en la medida en que ellos como vayan demandando, se vayan acercando (GDV 4, 30-05-23, CCC).

Sin embargo, el carácter residencial del espacio también implica que la sostenibilidad esté asociada a la importancia de cumplir acuerdos colectivos.

Interrupciones hay todo el tiempo, los compañeros van y vienen varias veces, digamos. El tema es cuando se dice "basta". Y puede haber distintos motivos que tienen que ver con que no es el lugar, quizás, este lugar, como para que continúe su tratamiento por distintos motivos. Lo más probable es que no pueda ser parte de los distintos acuerdos que se hacen acá. Y cuando uno no puede sostener los acuerdos tira para atrás el trabajo de compañeros (...) Pero interrupciones en el medio puede haber un montón. Como todos tenemos interrupciones de cualquier cosa que hagamos en los ámbitos de la vida. Pasa que bueno se termina el tratamiento cuando ya hay mucho tiempo, que el compañero, la compañera está acá y no puede cumplir esos acuerdos que para nosotros son la base de la convivencia (GDV 4, 30-05-23, CCC).

En ese sentido, los referentes refirieron que el único motivo de expulsión del espacio estaba asociado con transgresiones importantes a las reglas de convivencia.

Un motivo que amerite una expulsión siempre tiene que ver con la violencia y te diría que con la violencia física, dependiendo el grado (...) Sí, violencia física o situaciones de robo a un compañero donde ya es difícil que se conviva en esas circunstancias (GDV 5, 31-05-23, CCC).

Tanto las CCC como las IC precisan que hay una interrupción del proceso terapéutico por una situación de "alta", es decir, "cuando una persona ya es autónoma".

Sí, acá, hay como dos criterios distintos. (...) Se interrumpe el proceso de refugio cuando la persona ya es autónoma y se la orienta a irse a vivir sola para poder darle lugar a otra persona más que nada, o por algún hecho de violencia, alguna situación de violencia (GDV 5, 31-05-23, CCC).

Depende de la individualidad también, del joven, del plan de tratamiento que armamos, de lo que tiene afuera, de la red, de la localidad, del dispositivo territorial que tenga. O sea, los objetivos (GDV 6, 1-07-23, IC)

Concretamente, en las IC se plantea una situación particular que se relaciona con una tensión entre las formas de pensar y ejecutar las altas del dispositivo, y las normativas institucionales de la Sedronar con respecto a los dispositivos de la red de cuidado/atención, lo que genera, desde la perspectiva de los referentes, consecuencias en la sostenibilidad de los tratamientos

Nosotros, en el equipo interdisciplinario junto con la persona decimos "Bueno, hoy es el día en que ya concluís tu etapa de internación". Pero pasa que hablás con una persona que está hace cuatro meses y te dice: "Me llamaron de Sedronar, y bueno me hicieron muchas preguntas" (...) Pero después vas y hablás con la persona en tratamiento y te dice: "No, me entendió mal". (...) Queda ahí en el medio porque la persona en tratamiento todavía va a estar más tiempo en ese armado, pero quizás

habló con la auditora y le dijo: "Sí, tengo pensado ir a tal lado, tengo pensado tal trabajo". Nosotros que estamos hace cuatro meses, sabemos lo que está en construcción. No es que ya está. Y tenemos esa cuestión de que afuera, ponen: va a ser de un mes y apuran algo que quizás, en vez de un mes, tres meses más y sale sin que nos apuremos. Total, dos meses más no hace. Pero bueno, parece que sí hace (GDV 6, 1-07-23, IC).

Estrategias de las personas que realizan tratamientos en búsqueda de su sostenibilidad

Para la realización de este apartado, se tuvieron en cuenta dimensiones como los factores que favorecen la sostenibilidad de los tratamientos de consumo problemático de sustancias por parte las personas. Estas dimensiones se relacionan con aquello que la obstaculizan, las posibilidades o condiciones de egreso de las instituciones terapéuticas y las perspectivas a futuro de los entrevistados y las entrevistadas.

Entre aquellos factores que favorecen la sostenibilidad, se destaca como elemento importante el vínculo que entablan las personas que realizan tratamiento en los dispositivos, con el equipo de trabajo y con referentes que los usuarios pueden establecer. Existiría una fuerte vinculación con ellos, destacando su compromiso, profesionalismo, acompañamiento, buen trato, como así también, el sentirse escuchados, contenidos y acompañados por estos:

La verdad es que son profesionales muy buenos. Muy atentos y muy ocupados por la salud mental nuestra, mía, y de todos. Y este, y entablé una muy buena relación, la verdad es que, ya les tengo cariño [risas];

espero que esto no cierre (Entrevista 22, 28-7-23, Cuyo, CAAC, masculino, 75 años).

Algunas personas entrevistadas destacan el uso de estrategias en los casos de alejamiento del dispositivo, acercándose a las zonas donde podrían estar si se presentaran recaídas:

Como te digo, acá me ayudaron mucho porque acá las chicas cuando yo estaba en la calle, que ya sabían que yo estaba hasta las manos con las drogas, me buscaban por toda la ciudad en Santa Fe para ir y levantarme y traerme para acá (Entrevista 8, 19-07-23, Centro, CCC, femenino, 23 años).

Uno de los entrevistados, si bien expresa ciertas discrepancias con algunos de los profesionales, explica que eso no afecta la sostenibilidad del tratamiento:

Sí, sí creo que más allá de tener opiniones a veces que no concuerden respeto su postura y respeto su... Me quedé ahí, pero digamos que respeto que ellos están al frente de algo que es para ayudar a personas como yo (Entrevista 14, 25-7-23, Cuyo, CAAC, masculino, 40 años).

Se destaca que la oferta de talleres y las diferentes propuestas del dispositivo también son un importante factor que favorece el sostén de los tratamientos. En relación a esto, las personas que están realizando su tratamiento en comunidad detallan las actividades que se realizan, cómo está organizada su rutina, en la cual tienen actividades obligatorias a las que asisten, como limpieza, cocina y sus espacios terapéuticos y los opcionales como propuestas de talleres de panadería, carpintería, huerta, trabajo en cuero:

Y acá hay talleres, dan talleres de todo. Hoy a la mañana hubo uno de costura que no lo tuvimos. Ahora, justo estábamos en un taller de

comunicación, que estábamos armando una canción. Y así hay de distintos talleres, hay de política, y participo casi a todos, hay de baile (Entrevista 8, 19-07-23, Centro, CCC, femenino, 23 años).

Aquellos que ya están en la etapa que pueden salir a trabajar consideran que prefieren más horarios disponibles para poder asistir a los mismos:

Que sea distinto, por ahí tener un poco más de actividades a la mañana. Si bien nos levantamos temprano, bueno yo hoy me levanté a las 5:30 [de la] mañana. Son las 6, 6:30 y ya ando dando vueltas; pero sí, tener un poco más ocupada la mañana. No con trabajo en el exterior, sino desde lo interno, sino desde la comunidad (Entrevista 20, 27-07-23, Cuyo, CAAC, masculino, 37 años).

Por su parte, quienes asisten de manera ambulatoria, destacan que les resultan atractivos las propuestas de talleres a los cuales asistir; entre ellos mencionan: arte, música, baile, costura, inglés, política, manicura, peluquería, macramé, taller de lectura, escritura:

Estaba, la profesora de arte, y la coordinadora y me hicieron dibujar. Y empecé a encariñarme con los talleres. Había taller de música también, de percusión, taller de, de escritura y poco a poco yo me fui integrando. Con mucho placer, con mucho gusto porque la verdad que yo ya jubilado, si no tuviera este lugar no sé qué haría (Entrevista 22, 28-7-23, Cuyo, CAAC, masculino, 75 años).

Otra persona entrevistada, comenta que inició su tratamiento a partir de algunos talleres de su interés y luego solicitó espacio psicoterapéutico: "Y ya este es el segundo año, así que hace dos años que estoy acá. Viniendo a los cursos, pero a la psicóloga, hace tres meses, cuatro" (Entrevista 3, 13-07-23, Centro, DTC, femenino, 45 años).

Por otro lado, se observa que el vínculo con el grupo de pares se encuentra presente en los relatos como un factor relevante en la sostenibilidad del tratamiento, donde manifiestan que intentan ayudar al otro, encuentran contención, alguien con quien hablar, considerándolos en algunos casos "una segunda familia": *"uno convive con ellos y conoce todas sus luces, sus oscuridades, así que es como una gran amistad, un gran compañerismo que se crea acá en general"*(Entrevista 19, 27-07-23, Cuyo, IC, masculino, 44 años).

Un factor importante mencionado por algunas personas fue que, a partir del ingreso a los dispositivos, pudieron tener acceso a otros servicios de salud, para realizar diferentes controles médicos que antes no realizaban: *"y hace tres años que estoy con controles cada 6 meses debido a eso. Me recompuse totalmente de salud, o sea, lo revertí un montón, la sigo sosteniendo hasta el día de hoy. (...) Y lo mantengo porque yo quiero, un cierto aprendizaje he tenido"* (Entrevista 4, 14-07-23, Centro, DTC, masculino, 58 años).

En relación al vínculo con la familia o su red afectiva, el principal indicador que mencionan es el acompañamiento familiar, (madres, padres, hermanos, hermanas, hijos, parejas, así como también amigos y personas conocidas). Refiere un entrevistado: *"Y mi pareja de ese momento me acompañó, ella fue... Fue y es importante para mí porque a pesar de que no estamos juntos me ayudó a saber que se puede vivir sin drogarse"*(Entrevista 14, 25-07-23, Cuyo, CAAC, masculino, 40 años).

Los entrevistados consideran fundamental la comunicación que puedan tener aquellos que se encuentran internados con sus familiares y red afectiva, así como la frecuencia de visitas y flexibilidad de estas: *"tenemos la posibilidad de la comunicación permanente"* (Entrevista 12, 21-07-23, Centro, IC, masculino, 42 años).

Se destaca que la red comunitaria, por fuera del dispositivo, con la que algunos entrevistados pueden contar, favorecen el sostén y acompañamiento, entre ellos se encuentran los compañeros y amistades que hicieron en otros tratamientos, el contacto con operadores y otros miembros del equipo: *"tengo un montón de gente. Tengo la gente del otro hogar, del anterior. Tengo la gente de este hogar. Tengo la gente con la que hice mi retiro de Mabús"*(Entrevista 17, 25-07-23, AMBA, IC, masculino, 38 años), también así los espacios de deporte, la escuela y el trabajo: *"Juego a la pelota de vuelta, bien. Así que bien creo que el cambio va en buen camino"*(Entrevista 1, 10-07-23, AMBA, CAAC, masculino, s/d edad).

Entre otros aspectos beneficiosos del dispositivo que se destacan como relevantes en las entrevistas se cuentan, por ejemplo, el establecimiento de normas como elemento organizador de la vida cotidiana: *"Las normas institucionales, como que primero cuesta, pero como que después te vas adaptando. Y tampoco son reglas y normas que son malas, ¿entendés? son reglas y normas que qué sé yo, para la convivencia o para estar bien uno"* (Entrevista 8, 19-07-23, Centro, CCC, femenino, 23 años) el poder conocer y entablar amistades con otros, ayudar a sus pares, el tener confianza en ellos, mayormente en los dispositivos de internación.

A su vez se resalta el trato individual, según el caso por caso, no siendo un número más: *"yo sentí desde un primer momento que acá iba a ser tratado como J., que tiene un problema y con sus dificultades, como que no era un número más"* (Entrevista 12, 21-07-23, Centro, IC, masculino, 42 años).

Uno de los entrevistados destaca como beneficioso que los profesionales estén repensando institucionalmente de manera continua, así como también a los tratamientos considerando la situación particular de cada persona.

Yo lo que veo acá es que están todo el tiempo re-pensándose como institución, están todo el tiempo en constante evolución. En su momento los tratamientos eran más largos, se dieron cuenta que no había tal necesidad, se empezaron a cortar, en su momento había más permisos. Es como que todo el tiempo se están re-pensando ellos como equipo y están oyendo para un lado, si se equivocan vuelven, van por el otro, están todo el tiempo haciendo eso y [...] depende de cada persona, depende de cómo ven la situación. Van modificando un poco el tratamiento, o adaptándolo a la persona (Entrevista 19, 27-07-23, Cuyo, IC, masculino, 44 años).

Obstáculos

Los obstáculos responden a aquellas barreras o dificultades que ocasionan consecuencias en los tratamientos de las personas. De manera general, se nombran dificultades relacionadas con la articulación intersectorial (especialmente con establecimientos de salud), con las condiciones de vida y de exclusión social, con la ausencia de redes de apoyo y con determinadas barreras económicas.

Un obstáculo para nosotros también cuando nos rebotan del hospital usuarios que mandamos nosotros a internación que antes hicimos un montón de cosas y que evaluamos que en este momentos es necesario, porque si no no mandamos en general, muy poco mandamos al hospital pero cuando tiene que ser un tratamiento prolongado y no hay espacios para un proceso de desintoxicación que nos permita a nosotros seguir trabajando, cuando hay una situación crítica de intoxicación y en los hospitales generales no los quieren atender (GDV 9, 2-6-23, DTC).

Sí, a nosotros también se nos complica bastante porque como la mayoría de los chicos están situación de calle, la familia está destruida se nos complica para tratar de que venga una madre, un hermano. Y también sucede esto de que los chicos por ahí vienen de una familia donde venden sustancias dentro de la villa, entonces viene el hijo adolescente que se quiere rescatar, como dicen ellos. Y bueno, la mamá y el papá venden droga a cuatro cuadras, entonces, bueno, nada, es complicado (GDV 2, 29-05-23, CAAC).

En si por el tratamiento en sí, es más difícil cuando te llegan sin ninguna red o sin familia que acompañe o sin nada, solo depende de su voluntad y de los golpes de la vida, ahí se complica más la adherencia a un tratamiento (GDV 7, 1-06-23, IC).

“La estabilidad económica también es una realidad. Cuando un compañero está en proceso y su familia come, llega a fin de mes y duerme abrigada, el compañero está tranquilo. Cuando el compañero se entera que la madre se quedó sin techo, que la hija está enferma y no hay quien la cuide para llevarla al colegio, generan desestabilidad y muchas veces la interrupción del proceso por la necesidad de ir a resolver una cuestión familiar aguda o de largo plazo (GDV 4, 30-05-23, CCC).

En las IC un punto emergente a tener en cuenta es la cuestión de la lejanía de las personas de sus lugares de origen y la multiplicidad de obstáculos que ello supone tanto en el sostenimiento del tratamiento –no ver a la familia porque está lejos y no puede realizar visitas, el alto costo de los pasajes para poder viajar tanto la persona como su familia–, así como las dificultades de integrarse nuevamente a su vida cotidiana una vez finalizado el tratamiento. Esta lejanía se debe, mayormente, por la escasez de este tipo de dispositivo.

Nosotros tenemos usuarios de Córdoba, de Misiones, de Salta. Tenemos muchos chicos de ciudades de Entre Ríos. Nosotros estamos en Concepción, pero tenemos de Concordia, de Paraná, de Santa Elena. De pueblitos que no están cerca, que para llegar, por ejemplo, a un pueblito, Santa Elena, tienen que tomar dos micros. Están en la provincia, pero son pueblitos lejanos a dónde reside la comunidad. Y bueno. La familia no tiene dinero para pagar los pasajes. Ni para las visitas ni para que los jóvenes viajen, semanalmente o quincenalmente. Se transforma en que... este pibe, cuando tiene que salir, semana por medio, y que lo vengán a visitar todos los fines de semana, termina saliendo una vez cada dos meses y no se puede trabajar, porque no hay material familiar como para poder trabajar y empieza... se siente realmente como abandonado, en comparación con el resto (GDV 6, 1-07-23, IC).

Nosotros hemos trabajado con personas de otras provincias y la dificultad tiene que ver mucho con la conectividad. Personas que han venido de familias muy carentes que no tenían teléfono, ni siquiera para poder hacer video-terapia o la multi, o las familiares (GDV 6, 1-07-23, IC).

Otro obstáculo se asocia con las condiciones laborales de los equipos, especialmente en aquellos dispositivos de abordaje comunitario.

A nosotros se nos convirtió en una barrera desde que se nos fueron muchos compañeros, tuvimos bajas de compañeros por esta cuestión de precarización, por la distancia y todo; trabajaron mucho tiempo acá y se fueron. (GDV 8, 2-6-23, DTC).

Como se observa en los fragmentos expuestos, existen determinadas dificultades para lograr consolidar y mantener la conformación de los equipos técnicos por limitaciones presupuestarias y de recursos humanos que, de

acuerdo con las palabras de algunos referentes, impactan en la sostenibilidad de los tratamientos.

Esta última dificultad a nivel institucional también fue recogida por las personas que realizan tratamiento por consumo de sustancias:

Tan importantes son los recursos, y qué tanto puede afectar a un usuario dejar de tener una terapia en cuanto a contención emocional, si los recursos no están o no llegan. Creo que eso corresponde a Sedronar y a sus, digamos, a su soporte económico. Creo yo que para un usuario es importante en un principio tener una contención, y lo que se nos está transmitiendo es esto, que a veces no hay [...] yo lo inicié a los dos meses que abrió el hospital y hoy en día yo creo que debe haber la mitad de los profesionales en cuanto a apoyo y operadores (Entrevista 14, 25-7-23, Cuyo, CAAC, masculino, 40 años).

En los relatos surgieron otros obstáculos como las dificultades en la convivencia, la reprimenda verbal o confrontación, planteado como algo que muchas veces resulta intolerable: *"te sientan en una silla y se ponen tres personas delante de tuyo diciéndote cosas en un tono alto, y... es chocante. Por eso se llama, en realidad se llama RV, que quiere decir reprimenda verbal"* (Entrevista 17, 25-07-23, AMBA, IC, masculino, 38 años).

También se han manifestado como obstáculos la poca autoridad de operadores para establecer medidas disciplinarias, situaciones de consumo dentro de la institución: *"Cuando llegué acá había consumo también acá dentro. Incluso por ahí, también, los hay, pero bueno, trato de no engancharme y seguir haciendo lo mío"* (Entrevista 16, 25-07-23, Centro, IC, masculino, 26 años). Y el exceso de prescripción de psicofármacos recetados, en aquellas personas que se encuentran en los dispositivos de internación.

Entre quienes asisten a tratamientos ambulatorios, manifiestan la necesidad de más dispositivos, debido a las distancias geográficas para llegar a los dispositivos y la falta de acompañamiento de familiares o amigos, quienes consumen frente a ellos: "*Si dejo, vuelvo a retomar la recuperación. Como me cuesta... porque tengo a mi pareja que consume, también*"(Entrevista 6, 18-07-23, AMBA, CAAC, femenino 39 años).

Obstáculos según género

Una cuestión que surgió en todos los dispositivos analizados se vincula a las dificultades adicionales del sostenimiento de los tratamientos por cuestiones de género. En el caso de las mujeres, ello se debió principalmente a la ausencia de redes de apoyo que permitan sostener también las tareas de cuidado, así como a cuestiones asociadas a violencia de género. En los grupos de discusión virtual, se expresó en distintas instancias, que se presentan a continuación:

Si bien la casa tiene una mirada de género para trabajar, seguimos pensando que hay una dificultad de las mujeres en acceder. Digamos en llegar, en sostener, bueno por las problemáticas que ya sabemos en relación a la mujer. Esto que la mujer termina sosteniendo una dinámica familiar y no hay otra persona que acompañe para que la mujer pueda cuidarse y no estar todo el tiempo cuidando. (...) También entender que muchas veces, aparte de haber una situación de consumo, también hay, nos ha pasado, situaciones de violencia de género. Entonces por ahí es, bueno, la persona, nos ha pasado con mujeres, no la deja salir de la casa, o no puede acercarse o de pronto hay inseguridad con respecto a las personas que están en la casa, entonces al acercarnos nosotras, bueno,

ahí como que se necesita mucho más el encuentro (GDV 1, 29-05-23, CAAC).

Las mujeres y las disidencias, por justamente las particularidades de las cuestiones de género. No sé, las pibas pensar que tienen que ir con sus hijos ya es un obstáculo. Muchas veces no tienen con qué (sic) dejarlo o tienen que llevarlo... Pensar en los turnos de la escuela, del médico y en función de eso, quizá si les queda un tiempo acercarse. También porque por cuestiones de violencia de género, digamos de sometimiento de violencia física, pero también la simbólica muy fuerte, la económica, digamos, como todo eso, que dificulta mucho más que a los varones poder acceder y mucho más también sostener. En las disidencias también nosotros trabajamos con personas trans que es imposible pensar que puedan acceder, o no imposible -porque lo hacemos- pero es más difícil que accedan. No sé a un turno médico o a incluso a nuestra casita, porque la mayoría trabaja a la de noche, entonces, es como muy difícil que se levanten temprano, para ir a cumplir con ese turno, para llegar al horario a desayunar. Un montón de esas cosas, eh que los pibes nada, van, cuando les pinta ir, y no digo que no tengan problemas. No, pero eh, son otras las dificultades (GDV 2, 29-05-23, CAAC).

La beca exige la presencia de cinco días a la institución, por ejemplo, la beca de Sedronar, no hay forma de que la población con la que trabajamos venga por cinco días y menos si esa población son mujeres o disidencias, personas trans. Porque no cuentan con una red de apoyo por fuera, apenas llegan que puedan sostener esos cuidados. Si ellas vienen acá, al tratamiento no hay quienes cuiden sus hijos por ejemplo, ya no hay familia, llegan bastante más solas al tratamiento, ni hablar si son personas trans o travestis, muchísimos más solas (GDV 7, 1-06-23, IC).

Retomo un poco porque es parecida la situación, digamos, de Rosario con las maternidades. Termina siendo un limitante porque muchas de las usuarias son quienes cuidan, quienes acompañan, quienes sostienen las crianzas. Entonces, cuando no hay redes primarias, entonces ahí se nos queman los papeles (GDV 8, 2-6-23, DTC).

Los obstáculos relacionados con género también emergieron en las entrevistas a las personas que concurren a los dispositivos. En distintos pasajes de las entrevistas refieren los obstáculos que entorpecen la sostenibilidad de los tratamientos, que están relacionados a las desigualdades de género, donde se observa por un lado la dificultad de sostener el tratamiento de aquellas mujeres que están al cuidado de sus hijos:

Al principio era como que ni para la SUBE tenía. Y son dos colectivos y tengo que ir y otra vez volver con dos colectivos, pero después ya no, y además porque puedo venir con los chicos y no se me dificulta. Después el año pasado fue como con el tema de la escuela, porque ellos iban a la tarde y no tengo quien lo retire, pero ahora ellos están yendo a la mañana, los cambié a la mañana para yo poder venir acá a la tarde (Entrevista 13, 24-07-23, Centro, CAAC, femenino, 26 años).

Por otra parte, una entrevistada manifiesta incomodidad en su tratamiento al ser modalidad mixta, donde la mayoría eran varones: "*Cuando empezaba a venir era como que, era como todos hombres y yo una mujer nomás. (...). Y yo siempre decía de que pusieron un día a la semana y habían puesto los jueves de mujeres*" (Entrevista 8, 19-07-23, Centro, CCC, femenino, 23 años).

Sánchez Antelo (2017) conceptualiza como "doble efecto del rol materno" cuando el cuidado de los hijos se describe como la motivación principal de inicio y sostenimiento de un tratamiento, a la vez que dicha provisión de cuidado a los

hijos en ausencia de una red de apoyos va en detrimento del sostenimiento. En concordancia con aquellas investigaciones que visibilizan las diferencias de género en los usos, trayectorias y sentidos atribuidos al consumo (Epele, 2010; Romo Avilés, 2003) los dichos aquí relevados coinciden también con aquellas investigaciones que destacan la dificultad de la adherencia a un tratamiento cuando esto se realiza sin apoyo social y afectivo.

Estrategias

Resulta muy interesante detenerse en el análisis de cómo estos obstáculos tienen su contrapunto en estrategias creativas de los equipos de trabajo que, día a día, diseñan maneras de resolverlos de acuerdo a la singularidad de cada caso, pero también articulando con una diversidad de actores en función de problemas que han ido identificando a partir de su permanencia prolongada en el territorio.

Un elemento común referido en todos los dispositivos fue la cuestión de lo que es conceptualizado por los referentes como “flexibilidad en los abordajes” y que responde, como vimos también en el apartado de accesibilidad, a cuestiones asociadas al bajo umbral, pero también a la capacidad de adaptación de los dispositivos ante situaciones y poblaciones específicas.

Nosotras desde pensar una CAAC específica para las pibas, porque cuando el dispositivo era mixto entendíamos que las pibas... había un montón de cosas que no podían hablar. Eso, que hay otras dinámicas cuando están solo las pibas que cuando hay varones ahí en el medio. Y empezamos teniendo un día específico para pibas, y nos dimos cuenta de que era por ahí. Por eso pensamos un espacio más propio que sea de toda la semana para ellas. Me parece que eso es algo que facilita un montón el

laburar algunas cosas que por vergüenza por prejuicio no podían charlar ni discutir, repensarse cuando había varones. En eso también creo que fundamental nosotros desde el momento uno, pensamos que nuestro espacio tenía que haber un espacio de cuidado para les niñas. Que sabíamos que la mayoría de las pibas iba con sus hijos, entonces, que pudieran tener un lugar, que sea en ese doble juego, por un lado, que puedan ir y que les niñas estén cuidados y estén en un espacio seguro. También como para que esas mujeres puedan hacer su taller, tener su espacio de escucha o lo que sea, bañarse tranquilas y saber que su hijo está cuidado y jugando y teniendo menos ese rato de disfrute. Creo que eso nos facilita un montón y después, nada, como la flexibilidad me parece. Si bien nuestros espacios tienen reglas, normas de un montón de esas cosas... O apuntamos, no sé, a qué ingresen en tal horario, tener en cuenta esa flexibilidad porque, a ver... Un montón de cosas que pasan en la vida las personas que no te permiten llegar a horario, llegar en tales condiciones. Y, bueno, me parece que todos esos factores hay que tenerlos en cuenta que no... No que no haya reglas, pero sí que pueden ser flexibles de acuerdo a las situaciones. Que me parece que eso también, cómo pensar un equipo que a veces, digamos, como lo discutimos bastante, que sea solo de pibas para recibir a las pibas también creo que, que habilita un montón (GDV 2, 29-05-23, CAAC).

Entonces las estrategias que nos damos son, por un lado, generar espacios amigables donde puedan venir con sus hijes, y por otro lado ir armando una red más territorial, más comunitaria que pueda acompañar. Entonces les niñas puedan estar escolarizados si no lo están, (...) Como estrategia eso, en el caso que sean mujeres trans o mujeres que ejerzan la prostitución o el trabajo sexual también; otra cosa que tenemos que tener en cuenta los horarios de trabajo son diferenciados, por lo tanto,

los horarios de los espacios grupales, individuales y demás también se tienen que adecuar a esas realidades particulares que tienen que ver con género (GDV 7, 1-06-23, IC).

En los dispositivos comunitarios se nombran toda una serie de estrategias de articulación con otros dispositivos territoriales para incrementar la oferta de talleres y actividades de acuerdo a la necesidad e interés de la persona.

Nosotros trabajamos en red con Ni un Pibe menos por la droga y la Red Puentes, que ellos tienen [una] oferta que nosotros no tenemos. El chico que quiera hacer boxeo o algún deporte, lo mandan a nuestro dispositivo. Y nosotros cuando captamos que hay un pibe que quiere hacer carpintería o plomería o electricidad, que lo tiene otro dispositivo, se lo mandamos a ellos (GDV 1, 29-05-23, CAAC).

Otra estrategia de estos dispositivos es realizar un seguimiento de la persona que deja de concurrir al espacio, ya sea yendo a su casa a buscarla o bien buscando maneras de contactarla para saber por qué discontinuó su asistencia.

Y después, para la parte de cómo garantizar la continuidad de los procesos de atención y acompañamiento, es el trabajo territorial. Esto de, no sólo ir a ofrecer el espacio sino de que, por ahí, cuando una persona no está yendo, uno de los compañeros no está yendo, no está participando, de volver a ir a la casa, de volver a charlar con él, aunque sea para preguntarle cómo está, que el espacio está abierto, y que cuando quiera volver puede hacerlo. Y que vamos a seguir visitándolo para seguir, para conocer cómo está y que pueda retomar el acompañamiento (GDV 1, 29-05-23, CAAC).

Este seguimiento cotidiano habilita también un acompañamiento asociado con las redes de cuidado, que involucra tanto a las familias como otras redes intersectoriales que abonen a la sostenibilidad

Nosotros implementamos ahora la charla grupal de los familiares y allegados a la persona que tiene el consumo problemático porque es muy importante, como están la mayoría en el consumo y se apartan de la familia o la familia ya no tiene herramientas para sostener esa persona (...). Entonces nosotros implementamos ahora justamente a la charla grupal de los familiares y allegados para que ellos puedan acompañar y que tengan justamente las palabras exactas para que cuando llegan o estén en contacto con el que tiene el consumo problemático, puedan tener el sostén también. Que sea el espacio el que le da mano, pero también ampliar la red justamente de los familiares. Que es la parte importante, como decía un compañero ahí, que el estar con la familia es una parte importante que tiene que tener (GDV 1, 29-05-23, CAAC).

Me parece que, cuando hay algún núcleo socio afectivo, llámese, familia, llámese amigos, llámese otras instituciones, es como, hay un montón de estrategias que nos podemos dar. Creo que lo más difícil es cuando no hay, cuando está tan roto todo cuando, esos los vínculos están tan desgastados. (...) Entonces, nada, pensar otras opciones, a veces son otras instituciones, otras... en las iglesias, alguna enfermera en el centro de salud, que más o menos la aguanta y la conoce hace un montón, y bueno, nos aferramos de ahí (GDV 2, 29-05-23, CAAC).

Especialmente en los dispositivos residenciales se identifican una serie de estrategias orientadas a solucionar aquellos obstáculos económicos derivados de los costos del tratamiento.

Si tienen que tomar dos colectivos para llegar a la institución, bueno eso funciona como barrera. Y hemos intentado de varios lados, de hacer acuerdos o convenios con empresas de transporte de la muni y bueno, no hay forma de cobertura del pasaje y bueno hasta ahora no hemos tenido suerte. Eso sí puede funcionar como barrera de acceso, y en ese caso lo que hacemos es si tiene intención de hacer tratamiento y por esa razón es difícil que sostenga acá, intentamos articular con alguno de los otros dispositivos territoriales que hay más cerca y hacer una derivación a esos espacios para que se puedan sostener (GDV 7, 1-06-23, IC).

En suma, como se desprende de estas estrategias mencionadas, las particularidades de cada dispositivo propician una serie de factores que favorecen la sostenibilidad. En el caso de los dispositivos comunitarios, esto tiene que ver con la cercanía al hogar de la persona, la presencia de una variada oferta de talleres y la referencia comunitaria generada. En todos los casos, es central el acompañamiento y seguimiento personalizado, que contempla las singularidades y trayectoria de cada persona, así como formas específicas de compartir en los espacios que propician el sentirse parte y formar redes afectivas:

Me parece que el equipo cumple un rol fundamental en poder escuchar más allá de los lineamientos generales de un tratamiento, escuchar la singularidad es fundamental. ¿Porque eso te va a garantizar la permanencia?, ¿al menos nosotros lo pensamos así no?, escuchar algo de lo singular, de lo vocacional, de lo particular, posibilita armar un proyecto para cada uno que podría ser muy diferente y que garantiza la posibilidad de construirse como sujetos (GDV 7, 1-06-23, IC).

Entre los aportes y observaciones que las personas entrevistadas pueden expresar, algunas coinciden en que se les dificulta participar en las

actividades al no contar con más disponibilidad horaria en turnos a la mañana, la hora de la siesta y la tarde para asistir con frecuencia a las mismas: "No, no, porque no tengo suficiente tiempo, no; yo tengo la siesta de los lunes que son de 3 a 5 de la tarde, de acá salgo y me voy al colegio" (Entrevista 1, 10-07-23, AMBA, CAAC, masculino, s/d edad). "Y participé... Ahora no estoy participando en ninguno porque también son temprano, ¿viste? (Entrevista 4, 14-07-23, Centro, DTC, masculino, 58 años). También algunos de ellos recalcan que más variedad de propuestas sería beneficioso: "Me gustaría la verdad que fuera como antes, que había más variedad... de talleres, claro sí" (Entrevista 14, 25-07-23, Cuyo, CAAC, masculino, 40 años).

Las estrategias de los equipos en relación a la accesibilidad de los usuarios y usuarias se jerarquizan y comprenden con mayor profundidad al contrastar los enunciados expresados en los grupos de discusión virtual, con los obstáculos asociados a la accesibilidad que también se expresaron en las entrevistas a usuarios. Esta otra cara de las problemáticas de accesibilidad de las personas usuarias permite situar y entender también las dificultades para el sostenimiento de las estrategias planteadas en los equipos.

Posibilidades/condiciones de egreso de las instituciones terapéuticas actuales

Otra dimensión que emergió de las entrevistas a personas que realizan tratamiento por consumos que se vincula a la sostenibilidad, se relaciona con las posibilidades o condiciones de egreso de las instituciones terapéuticas en las que se encontraban realizando tratamiento al momento de ser entrevistadas. Al respecto, como resultado del análisis de las entrevistas, se observa más claridad

en relación al egreso en aquellas personas que realizan tratamiento en dispositivos de internación, quienes plantean encontrarse en una etapa de "reinserción" a partir de buscar trabajo o un lugar donde volver a vivir. Entienden que luego de su egreso serán derivados a otros dispositivos para continuar su tratamiento o seguimiento de manera ambulatoria. Algunas personas plantean sentirse a gusto y contenidos en la institución, pero que comprendiendo que deben luego salir de la comunidad: *"Nosotros acá estamos en la etapa de la institución de internación y después nos derivan, cuando nosotros ya estamos listos, cuando cumplimos con ciertos trabajos. Obviamente que todo el equipo está de acuerdo"* (Entrevista 6, 18-07-23, AMBA, CAAC, femenino 39 años).

Por otra parte, aquellos que realizan tratamiento de manera ambulatoria refieren deseos de continuar en tratamiento: *"sí pienso que sí, lo seguiría realizando [al tratamiento] porque a pesar de que yo por ahí decida no consumir más del todo, y todo, creo que un drogadicto es drogadicto siempre"* (Entrevista 3, 13-07-23, Centro, DTC, femenino, 45 años). En torno a las perspectivas a futuro o proyectos luego del alta, como se planteó, las personas respondieron como principal expectativa el poder continuar con el tratamiento o seguimiento, considerando que el dispositivo les brinda sostén, apoyo, contención y herramientas para su día a día:

Esto no lo voy a dejar porque es lo que me hace bien. Esto es lo que me mantiene firme, para sostener, para mantenerme bien. Y también porque igual... a veces... acá seguimos aprendiendo cosas. Nos seguimos llevando cosas para seguir modificando, para seguir cambiando. Porque esto es como una escuela de vida que nos enseña el día a día. Y que a veces nosotros vamos a casa y estamos dos o tres días y capaz que hay cosas que hacemos mal. (...) Te enseña a modificar un montón día a día para fortalecerte y para estar más seguro de lo que uno quiere. Porque ves

que hay chicos que vienen también y que vienen mal y no quiero estar de vuelta así (Entrevista 21, 28-07-23, AMBA, CAAC, masculino, 46 años).

Las personas entrevistadas también manifiestan el deseo de insertarse laboralmente, algunos a partir de ideas de emprendimientos, a partir de talleres o capacitaciones que tuvieron en los dispositivos, otras se encuentran en la búsqueda de empleos, realizando entrevistas virtuales o presenciales:

Yo ya me recibí. Me dieron el diploma de herrera. El proyecto es que mi hijo también está haciendo herrería, ahora y carpintería. Así que, si Dios quiere, pensamos fabricar cosas para poder vender. Y después hay otro proyecto que termina en agosto, que es terminar la secundaria (Entrevista 6, 18-07-23, AMBA, CAAC, femenino 39 años).

Otro de los proyectos que manifiestan sería la posibilidad de resolver su situación habitacional, mudarse, poder pagar un alquiler, ampliar sus viviendas: "y mirá, mi proyecto a futuro es poder alquilar mi casa, tener una casa para vivir, ese es proyecto que nada, es mi proyecto" (Entrevista 7, 18-07-23, Centro, DTC, femenino, 38 años) también las posibilidades de continuar con su educación, terminar la educación -secundaria, o terciaria- o iniciar alguna capacitación nueva: "quiero terminar la secundaria yo. Como le estaba explicando hace rato, sé leer yo esas cosas" (Entrevista 11, 20-07-23, NOA, DTC, masculino, 24 años).

Algunas personas entrevistadas expresan sus intenciones de continuar con sus cuidados de la salud, como chequeos médicos, o cirugías pendientes:

"Primero está la operación de la hernia y eso va a ser algo mágico porque volverme a ver y, estéticamente bien, porque ahora soy un gordo panzón, desde la rodilla, un poco para arriba, soy una masa con piernas, entonces: volverme a ver estéticamente, la ropa bien, que o no, tenga esa imposibilidad de moverme como corresponde, me va a hacer sentir bien,

me va a hacer cambiar seguramente de ánimo, aunque tuvo nada difícil en la vida que me haga cambiar de ánimo, que me bajonee, nunca, pero sí me va a hacer ver bien. Y entonces a raíz de eso voy a cambiar mi estética y voy a ser mirado de otra forma. Es la salud, porque técnicamente voy a ver distinto y ya es otro, es otra cosa" (Entrevista 2, 12-07-23, Patagonia, CCC, masculino, 55 años).

Por último, las personas entrevistadas manifiestan algunas maneras de "reinsertarse a la sociedad" a partir de intentar relacionarse con otras personas o grupos nuevos: *"uno de los cambios es empezar a relacionarme con personas distintas, ¿viste? Que piensen de otra manera"* (Entrevista 17, 25-07-23, AMBA, IC, masculino, 38 años) y el poder cumplir con roles o actividades esperables para otros significativos como sus familiares:

"Puedo salir adelante, mis hermanos me están dando la oportunidad de que, si puedo recibir plata, manejar el negocio de mi mamá, con plata, que no los defraudo (...) y ahora sí, estoy buscando para conseguirme un trabajo, quiero trabajar. Todavía no sé si estoy capaz para independizarme sola de nuevo a vivir, pero sí quiero trabajar, quiero sentirme útil. Quiero ayudar a mi familia de cualquier manera y trato de estar en todos los acontecimientos familiares, que me perdí en todo mi tiempo que estuve de consumo. En los cumpleaños. Y ahora hace poco fue el cumpleaños de mi prima, la que es mi hermana, la que me llevaba comida y todo eso y al verme bien, creo que ese fue el regalo más lindo que tuvo ella. (...) salí gracias al apoyo de ella también" (Entrevista 5, 17-07-23, NOA, DTC, femenino, 50 años).

A modo de cierre

Retomando lo trabajado en los grupos de discusión virtuales, se puede inferir que los distintos dispositivos diseñan múltiples estrategias a fin de favorecer la accesibilidad a los espacios de la red de Sedronar. Estas estrategias se vinculan, por un lado con un fuerte trabajo territorial para dar a conocer las tareas llevadas a cabo por los espacios, como también la implementación de distintos talleres culturales, deportivos o de oficios que posibiliten el acercamiento por parte de las personas (se encuentren en situación de consumo o no lo estén). Asimismo, el “boca en boca” (tanto entre las personas que concurren a los dispositivos como de vecinos y familiares) es destacado como una de las principales formas para visibilizar el trabajo realizado en los establecimientos de la red.

En síntesis, en las CAAC y los DTC identifican tres grandes formas de llegar a la institución: por demanda espontánea, por derivación de instituciones estatales y por articulación con organizaciones de la sociedad civil. En el caso de las IC y las CCC, el acceso se da principalmente a partir de la derivación de dispositivos de Sedronar o de instituciones de salud y/o judiciales.

Los distintos dispositivos plantean como un facilitador para el acceso a los procesos terapéuticos la flexibilidad de los protocolos. Destacan, en palabras de los equipos, “nunca cerrar las puertas” de las instituciones.

Asimismo, en los grupos de discusión identificaron que quiénes acceden mayoritariamente a los dispositivos son varones jóvenes cisheterosexuales de sectores vulnerables. Por el contrario, refieren que resulta más complejo llegar a personas de sectores socioeconómicos medios-altos como así también a mujeres cisgénero y diversidades sexuales.

En cuanto a las dimensiones geográficas y económicas, principalmente las personas que concurren son del barrio o de zonas próximas. Así, la cercanía

territorial favorece la accesibilidad, tanto geográfica como económica. Se identificó como un emergente ciertas particularidades de las IC, que reciben personas que residen en lugares alejados de la institución, lo que plantea dificultades en la vinculación con redes afectivas así como la posibilidad de forjar nuevas relaciones en sus lugares de origen.

En lo que respecta a la sostenibilidad de los tratamientos, las CAAC y DTC plantean que hay personas que interrumpen los tratamientos específicos, pero continúan yendo al dispositivo, dada la amplia oferta de talleres. Estos espacios resultan clave para favorecer la sostenibilidad y el vínculo con las personas que realizan tratamiento. Asimismo, destacan que en estos espacios aparece fuertemente la “sostenibilidad comunitaria”, vinculada a la intersectorialidad y el trabajo en red en los territorios. Si bien las CCC y las IC presentan otras particularidades debido a que son dispositivos residenciales, se destacan también trayectorias de personas que continúan en contacto con el dispositivo, especialmente en las CCC. En ambos casos, además, refirieron como interrupción del tratamiento por una situación de “alta”, en relación a la consecución de cierta autonomía y posibilidad de proyección a futuro.

Entre los obstáculos que identifican para sostener los tratamientos, mencionan la complejidad que reviste el trabajo articulado con instituciones estatales (principalmente sanitarias), las dificultades económicas y la inexistencia de redes de apoyo (tanto familiares como comunitarias) de las personas que concurren. Sin embargo, los dispositivos diseñan estrategias creativas a fin de revertir estas barreras que obstaculizan el sostenimiento de los tratamientos. Un punto importante a destacar, es la adopción de algunos dispositivos de ciertas estrategias que propicien la mayor integración de mujeres y disidencias. En ese sentido, se diseñaron espacio de cuidado para niñeces, se habilitaron días

específicos para la asistencia de mujeres o bien talleres y propuestas que propicien su inserción.

A partir del recorrido realizado por las historias y trayectorias de las personas entrevistadas podemos arribar a ciertas inferencias en relación a la accesibilidad y sostenibilidad de los tratamientos.

En cuanto a la accesibilidad, se destaca que la celeridad de responder a estas demandas, desde una escucha acerca de la situación que atraviesa cada persona, respetando la subjetividad y la singularidad de cada proceso. Asimismo, el inicio de gestiones y la propuesta de diferentes opciones donde iniciar un tratamiento, se torna un factor importante para aquellos que por diversos motivos deciden consultar. Una vez en el dispositivo, la flexibilidad y el encuadre ajustado a cada persona, propio del bajo umbral potencia el sostenimiento del tratamiento. En ese punto, desde los equipos no se delimita la trayectoria de una persona de manea lineal, sino que se tienen en cuenta las interrupciones y retornos que puede tener el proceso, que no son vistas como “recaídas” sino como parte misma del proceso y de la trayectoria de esa persona.

Se destaca cómo el acompañamiento y la red afectiva formal o informal son un recurso fundamental para colaborar en el acceso de aquellas personas que atraviesan un consumo problemático, siendo un obstaculizador cuando no se cuenta con estos apoyos.

En relación a la sostenibilidad de los tratamientos, los entrevistados refieren que el vínculo con los profesionales y referentes, como así también, con sus pares, genera una fuerte adhesión a los dispositivos, permitiendo que las personas puedan crear vínculos y lazos que sirvan de sostén y acompañamiento tanto

durante su tratamiento como por fuera, generando una red comunitaria con la cual contar.

Las diferentes propuestas de talleres resultan atractivas para aquellos que asisten a los dispositivos, permitiéndoles contar con momentos recreativos, adquirir herramientas y destrezas que muchos de ellos planean usarlas en un futuro para algún tipo de emprendimiento como salida laboral.

Por último, entre algunas sugerencias que brindan las personas entrevistadas están la de ampliar la variedad de propuestas de talleres y los horarios (mañana, tarde y siesta) para poder asistir a los espacios de los que por cuestiones laborales o por el cuidado de sus hijos no pueden y crear más dispositivos ya que consideran que deberían estar más cercanos a sus domicilios como forma de brindar más accesibilidad a aquellos que atraviesan situaciones de consumo.

Conclusiones

La investigación que dio pie a este informe tuvo como objetivo general la vinculación entre las trayectorias terapéuticas de las personas que atraviesan o atravesaron consumos problemáticos de sustancias y la implementación de estrategias de abordaje integral en distintos dispositivos de atención y acompañamiento de la red de Sedronar, en pos de generar evidencia que permita desarrollar lineamientos en materia de atención a las problemáticas de consumo actuales.

A la vez, este trabajo se inscribe como una acción prioritaria en el marco de la vacancia de investigaciones que, desde el propio Estado, realicen acciones de generación de conocimiento con el fin de incidir en el diseño, la implementación y el monitoreo de políticas públicas desde una perspectiva de derechos humanos en distintas jurisdicciones del país.

Como punto de partido se destaca la importancia de una propuesta de trabajo de los dispositivos de la red Sedronar que parte de una conceptualización del consumo de sustancias psicoactivas como una problemática social compleja, multicausal, dinámica y heterogénea. De acuerdo a la experiencia de quienes forman parte de la red, los consumos de sustancias, en tanto prácticas sociales, constituyen parte de recorridos biográficos y de momentos en las trayectorias subjetivas que no son lineales, lo que resulta relevante a la hora de pensar la propuesta de atención y acompañamiento, como así también el hecho de que esas trayectorias se configuran en diferentes fases, instancias e hitos en los que las personas van variando sus patrones de consumo de acuerdo a múltiples situaciones vitales.

Representa un avance la búsqueda de un modelo, como el de abordaje integral comunitario, en el que se incorpore, aunque no sin contradicciones, una

perspectiva centrada en las personas y en sus trayectorias de vida, con sus historias personales y también colectivas, priorizándose un enfoque de derechos donde el consumo problemático se sitúa siempre en un contexto y una época.

Esto se logra en gran parte al contar con una red de más de 750 dispositivos con distintas modalidades de abordaje y con distintas trayectorias institucionales, que tiene la pretensión, desde una coordinación central, de generar prácticas de acceso, restitución y ejercicios de derechos de las personas que padecen problemáticas de consumos.

En este sentido, la investigación marca como un avance significativo que la red, además de centrarse en los modos de relación que establece cada persona con la sustancia, incluye los escenarios que abarcan las condiciones sociales de vida, los determinantes sociales de los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado, las condiciones institucionales, y también los escenarios de las coordinadas espaciotemporales en las que se realizan las prácticas de consumo de sustancias.

Así mismo también se observa que la red federal de la Sedronar tiene como aspecto a destacar ser flexible, articulada, de bajo umbral, con una oferta diversificada de modalidades de intervención que incluyen atención ambulatoria, residencial y comunitaria y con el interés y la perspectiva de poder responder a las necesidades específicas de las personas que realizan tratamiento.

En concordancia, en la presente investigación las fuentes analizadas destacan las características institucionales flexibles de los dispositivos, que inciden marcadamente en las posibilidades de acceso de las personas a las mismas. Los relatos de quienes concurren a los mismos, subrayan la forma poco

burocratizada y su apertura a la comunidad como instancias facilitadoras para vincularse por primera vez con los dispositivos.

Se destaca en los diferentes relatos, el rol de las redes sociales, afectivas y familiares de las personas que hacen tratamiento allí, como también su posibilidad de participar de los dispositivos de tratamiento.

De esta investigación también emerge la importancia de incorporar las dimensiones de cuidado, acompañamiento y asistencia a las dinámicas de los dispositivos. A su vez, esos últimos procuran brindar atención psicológica y talleres, como así también, la importante labor de impulsar estrategias de apoyo que propicien una inserción laboral de las personas que realizan tratamiento. Se identifica a la vinculación familiar como un aspecto crucial del trabajo desde un Modelo Integral y Comunitario, ya que a muchas personas el consumo problemático de sustancias les ha afectado el lazo social con su familia y sus referentes afectivos.

Otro aspecto central surgido de la investigación tiene que ver con el trabajo en los territorios, teniendo en cuenta las dinámicas y desafíos específicos de cada comunidad. Se destacan las redes de articulación institucional y comunitaria como un soporte en el proceso terapéutico. También toma relevancia la construcción de un saber colectivo, con la participación de saberes comunitarios y populares, junto con los de los y las diversos profesionales e integrantes de los equipos.

En resumen, el modelo se basa en una variedad de enfoques y servicios para tratar el consumo problemático de sustancias, adaptándose a las necesidades de cada una de las personas y promoviendo un enfoque integral que incluye no solo la atención a los consumos de sustancias psicoactivas, sino también la

promoción de la salud, la inclusión social y la reparación de vínculos familiares y afectivos.

Los entrevistados señalaron que la red de Sedronar se encuentra en una suerte de instancia intermedia de reconfiguración respecto de su propia historia y los modelos previamente propiciados; y, también, por el aún escaso tiempo de desarrollo de distintos dispositivos con las características flexibles, territoriales y comunitarias.

A partir de estas características es que se torna relevante la incorporación y fortalecimiento de los espacios de acompañamiento ya que, según los relatos de las personas que asisten a ellos, los diferentes integrantes de sus redes afectivas son quienes acompañan, cuidan, y favorecen problematizar el consumo de sustancias psicoactivas, para luego concurrir a un dispositivo específico.

En esa lógica, se vuelve necesaria la profundización y mejora de la coordinación institucional intra dispositivos, y con otras instituciones, organizaciones y espacios con los que se realizan acciones en diverso grado de articulación. Entre estos dispositivos territoriales se encuentran las Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC) y los Dispositivos Territoriales Comunitarios (DTC), centrados en la atención comunitaria con fuerte inserción en el territorio. También se incluye una modalidad residencial que permite a las personas residir en la institución durante un tiempo determinado para lograr un aislamiento temporal de su entorno, entendido esto como parte de una estrategia clínica, en aquellos casos que los equipos tratantes lo consideren adecuado. Las Instituciones Conveniadas (IC) y las Casas Comunitarias Convivenciales (CCC) son ejemplos de dispositivos residenciales.

Los dispositivos de la red se enfocan no solo en el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas, sino también de la atención de las múltiples vulneraciones de derechos y desafíos sociales que enfrentan las personas. En consonancia con los lineamientos antedichos, buscan "abrir puertas" y conectarlos con redes y servicios que permitan el acceso a derechos fundamentales.

Sobre las trayectorias terapéuticas -las que implican particularidades en los sujetos que combinan de modo singular factores personales y psicosociales, los cuales se encuentran en estrecha vinculación con sus contextos y territorios-, se destaca el vínculo que han conformado a partir del abordaje integral comunitario que proponen los diferentes dispositivos y modalidades de la red de Sedronar. Las personas entrevistadas señalaron como un valor en el acceso a sus actuales tratamientos, la cercanía geográfica del dispositivo y la heterogeneidad en las propuestas (modalidades residenciales, ambulatorias y/o comunitarias). Se puede afirmar que estas diferentes propuestas, da cuenta de distintas opciones disponibles para las diversas necesidades de abordaje de las personas.

A partir del recorrido realizado por las historias y trayectorias de las personas entrevistadas podemos arribar a ciertas conclusiones en relación a la accesibilidad y sostenibilidad de los tratamientos.

En cuanto a la accesibilidad, se subraya la celeridad de responder a estas demandas, desde una escucha acerca de la situación que atraviesa cada persona, respetando la subjetividad, sin caer en "ser un número más". La puesta en marcha de gestiones iniciales y la propuesta de diferentes opciones donde iniciar un tratamiento, se torna un factor importante para aquellos que, por diversos motivos, deciden consultar. Si tomamos en cuenta que la demora en las consultas tiene una distribución de género asociada a que las mujeres

presentan más dificultades para acercarse a los dispositivos que los varones, por sus responsabilidades de cuidado, esta celeridad que forma parte de las características de los dispositivos se torna un elemento fundamental que contribuye tanto a la accesibilidad como al sostenimiento del tratamiento.

También emerge como un aspecto distinguido del análisis el valor positivo que se otorga desde el acompañamiento profesional a la red afectiva, formal o informal, lo que favorece se transforman en un recurso fundamental para colaborar en el acceso de aquellas personas que atraviesan un consumo problemático, siendo un obstaculizador cuando no se cuenta con estos apoyos. Es por ello que es relevante señalar la necesidad de que los dispositivos desarrollen la capacidad de inscribirlas, y tenerlas en cuenta, a la hora de planificar y llevar a cabo estrategias para abordar las diferentes situaciones de las personas que concurren a realizar tratamiento.

Precisamente, en relación a la sostenibilidad de los tratamientos, se destaca que la relación de los sujetos con los equipos de profesionales y referentes, como así también, con sus pares, genera un fuerte compromiso a los dispositivos, permitiendo que las personas puedan crear vínculos y lazos que sirvan de cuidados y acompañamiento tanto durante su tratamiento como por fuera, generando una red comunitaria con la cual contar a lo largo de este.

Otro elemento que emergió con contundencia en el análisis es la importancia de la dimensión territorial de las prácticas de consumo y de la intervención en el tratamiento de las personas que presentan consumo problemático de sustancias. Es por ello que el modelo de abordaje integral y comunitario considera a los territorios como un elemento central. Los referentes y profesionales también plantean que en muchos casos la falta de instituciones en el territorio para que estas personas pernocten puede aumentar las posibilidades de consumo y de sufrir situaciones de violencia, pudiendo verse

afectada la continuidad del tratamiento. En particular, algunos referentes destacan que las características y contextos locales condicionan la posibilidad de implementar ciertas estrategias de intervención por la falta de otras instancias sanitarias, como así también, debido a las largas distancias que deben recorrer las personas que se encuentran realizando tratamiento para el seguimiento y la falta de profesionales cercanos, aspectos que entienden como obstáculos para construir redes y brindar apoyo a quienes regresan a sus lugares de origen. De ahí la importancia para los dispositivos de contar con un relevamiento de las instituciones en los territorios, y de trabajar en red con otras organizaciones locales, como escuelas, centros de salud y centros culturales, y otros organismos públicos. Dicha estrategia facilita la integración territorial y la creación de un entramado de apoyo comunitario, que los diferentes entrevistados consideraron relevantes. Asimismo, los referentes han desarrollado entrevistas domiciliarias y acercamientos a otros espacios frecuentados por quienes se encuentran realizando tratamiento. Esto les permite conocer mejor los vínculos socioafectivos, las condiciones de vida de las personas y las razones detrás de la discontinuidad en su asistencia a los espacios terapéuticos.

Por último, consideramos propicio identificar algunos puntos clave que puedan ser utilizados en el desarrollo de políticas públicas en materia de consumos problemáticos e inclusive, incorporarlos para una mejora del funcionamiento de la actual Red federal de atención y acompañamiento. Por un lado, se vuelve necesario generar y profundizar una multiplicidad de propuestas de talleres y actividades grupales que resulten de interés para quienes asisten a los dispositivos, permitiéndoles contar tanto con momentos recreativos, como también posibilitar que adquieran herramientas y destrezas relacionadas a la inserción laboral. Según emerge de las entrevistas realizadas, este tipo de espacios posibilitaron que las personas obtengan conocimientos, las cuales han

referido el interés de usarlas en un futuro para la planificación de algún tipo de emprendimiento como salida laboral.

También en las entrevistas a las personas que realizan tratamientos, entre algunas sugerencias que brindaron, se señala la necesidad de ampliar los horarios disponibles (mañana, tarde y siesta) para poder asistir a los espacios de los que por cuestiones laborales o por responsabilidades de cuidado en la actualidad constituyen un obstáculo al acceso. En estrecha vinculación se describió también que, en algunos territorios, se vuelve necesario la creación de más dispositivos como forma de brindar más accesibilidad a quienes atraviesan situaciones de consumo problemático de sustancias.

Otra de las cuestiones a contemplar, y que fueron mencionados por referentes de las instituciones, es la ausencia de instituciones en el territorio en las que las personas puedan pernoctar. Estos contextos, leídos desde la precariedad y las carencias, pueden aumentar la posibilidad de consumo, las situaciones de violencia o la imposibilidad de conseguir alimentos, complejizando los abordajes propuestos desde la Sedronar. Dicha situación da cuenta de la necesidad de realizar los arreglos institucionales correspondientes, que evidentemente se relaciona con grupos poblacionales caracterizados por un elevado grado de vulnerabilidad psicosocial, y por lo consiguiente, un mayor nivel de afección de sus derechos, fortaleciendo la noción de cuidado desde el amparo y alojamiento.

También, se vuelve necesario incluir en el abordaje de los consumos de sustancias, el entrecruzamiento con otras problemáticas sociales que operan como condicionamiento en los tratamientos. Entre ellos, se ha referenciado la cuestión de género como un condicionamiento destacable, dado la exposición a mayores índices de violencia.

Por último, es necesario destacar el rol que los referentes de los dispositivos asignan a la Sedronar en la coordinación, conducción y coordinación institucional y política entre las diferentes dispositivos y modalidades que abordan la red. Esta situación permite tener, no solamente un acuerdo conceptual y teórico sobre los consumos, las personas que consumen sustancias psicoactivas, los cuidados y los territorios sino que actúa como espacio de referencia que posibilita el trabajo interinstitucional entre los integrantes de la red, los cuales poseen distintas características, en función de las necesidades de aquellas personas que presentan una situación de consumo problemático de sustancias.

Asimismo, es relevante señalar que la Sedronar, mediante el trabajo articulado con los distintos dispositivos que integran la red, viene ejecutando y tiene por delante la tarea de propiciar espacios de intercambios y discusión con los dispositivos que son parte de su red de atención y acompañamiento, a fin de identificar en una tarea conjunta y planificar cambios o modificaciones a la oferta existente, en función de nuevas necesidades o situaciones que surjan en territorios y no fueron contemplados en un primer momento. A modo de ejemplo, se puede señalar aquellos orientados a poblaciones específicas, como personas integrantes de colectivos Trans*, o personas con responsabilidades de cuidados con respecto a otros. Esto viene permitiendo que desde los dispositivos se genere un espacio de intercambio con los niveles centrales, que se retroalimenta a partir de los cambios que se dan en territorio, los cuales, en ocasiones, pueden tener mayor nivel de dinamismo que los ámbitos de planificación institucional.

Referencias bibliográficas

- Alberto, C. y FAT. (1976). El Modelo Ético Social. *Boletín de la Comisión Nacional Argentina de Cooperación con la UNESCO*.
- Alli, A., Minond, J., Embil, Y., y Kiss Rouan, M. (2020). Modos discontinuos y erráticos de transitar un hospital especializado en salud mental y adicciones de la Ciudad de Buenos Aires: la mirada de profesionales de la salud. *Salud colectiva*, 16, e2521. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2521>
- Barrenengoa, P. (2020). Subjetivación y trayectorias de consumos problemáticos juveniles. *Revista de Psicología*, 053. <https://doi.org/10.24215/2422572xe053>
- Benedetti, E. (2015). *Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático. Notas político-epistémicas sobre modelos y estrategias de intervención*. Ediciones Licenciada Laura Bonaparte. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/03/hacia_un_pensamiento_web.pdf
- Benet, M., Merhy, E., Y Pla, M. (2016). Devenir cartógrafa. *Athenea Digital Revista de pensamiento e investigación social*, 16(3), 229. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1685>
- Bourdieu, P. (2011). La ilusión Biográfica. *Acta sociológica*, 1(56), 121. <https://doi.org/10.22201/fcpys.24484938e.2011.56.29460>
- Calcagno, A. E., Sáinz, P., y De Barbieri, J. (1971). Programas de gobierno y desarrollo político. En A. E. Calcagno y O. Varsavsky (Eds.), *América Latina: Modelos Matemáticos. Ensayos de aplicación de modelos de experimentación numérica a la política económica*. Editorial Universitaria S.A.
- Camarotti, A. C., y Kornblit, A. L. (2015). Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. *Salud colectiva*, 11(2), 211. <https://doi.org/10.18294/sc.2015.684>
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., y Stolkner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones*, XIV, 201–209. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943019>

- Corda, A., Galante, A. y Rossi, D. (2014). *Personas que usan estupefacientes en Argentina: de delincuentes enfermos a sujetos de derechos*. Intercambios Asociación Civil; Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. <https://www.intercambios.org.ar/assets/files/Personas-queusanestupefacientes.pdf>
- Dal Pra Ponticelli, M. (1998). *Modelos teóricos del trabajo social Buenos Aires*. Lumen Humanitas.
- Grippaldi, E. S. (2019). Después de la caída: Un estudio comparativo de relatos de vida de personas en espacios terapéuticos de internación y terapia grupal por consumo de drogas. En E. Meccia (Ed.), *Biografías y sociedad: métodos y perspectivas* (Vol. 9, pp. 129–159). Universidad Nacional del Litoral.
- Howe, D. (1997). *Teoría del vínculo afectivo para la práctica*. Ediciones Paidós Ibérica.
- Mallimaci, F. y Béliveau Giménez, V. (2007). Historias de vida y métodos biográficos. En I. Vasilachis de Gialdino (Ed.), *Estrategias de Investigación Cualitativa* (pp. 175–212). Gedisa Editorial.
- Menéndez, E. (1984). El problema del alcoholismo y el modelo médico hegemónico. *Cuadernos Médico-Sociales*.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71–83. <https://www.redalyc.org/pdf/747/74711357008.pdf>
- Millet, A. (2020). *Cisexismo y salud. Algunas ideas desde otro lado*. Puntos Suspensivos Ediciones.
- Monagas, B. R. (1991). *La cuestión de las drogas en América Latina*.
- Nowlis, H. (1982). *La verdad sobre la droga: La droga y la educación*. UNESCO.
- 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 A. Domínguez Mon, S. Pérez y S. Perner (Eds.), *De la agencia social a la salud colectiva. Transitando un camino interdisciplinario junto a personas que viven con enfermedades crónicas* (pp. 91–110). Universidad Nacional de Río Negro.

- Payne, M. (1995). *Teorías contemporáneas del trabajo social*. Ediciones Paidós.
- Pombo, G. (2021). Perspectivas feministas interseccionales: Pregnanacias, cancelaciones y potencialidades articulatorias. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 22, 47–61.
- Prieto Rodríguez, M. A. y March Cerdá, J. C. (2002). Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Atención primaria*, 29(6), 366–373. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(02\)70585-4](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(02)70585-4)
- Rossi, D., Pawlowicz, M. P. y Zunino Singh, D. (2007). *Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario: la perspectiva de los trabajadores de la salud*. <https://n2t.net/ark:/13683/pgap/78s>
- Rossi, D., Rangugni, V. y Pawlowicz, M. P. (2004). *Cambios en el uso inyectable de drogas en Buenos Aires 1998-2003*. Intercambios Asociación Civil.
- Sánchez Antelo, V. I. M., Jeifetz, V. J., Muollo, M. S., Navarro, D. M., Parga, J., Setien, L. A. y Trupa, N. S. (2017). *Accesibilidad y adherencia al tratamiento de mujeres que usan sustancias psicoactivas en cuatro ciudades de la República Argentina*. 1–35. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1396783>
- Sedronar. (2023). *La atención y el acompañamiento - Material didáctico del Curso Introducción al abordaje integral de los consumos problemáticos de sustancias*.
- Sedronar/OAD. (2022). *Estudio sobre dispositivos de la Red Federal de Sedronar. Experiencias de acompañamiento desde la perspectiva de los y las referentes (2019-2021)*.
- Sedronar/OAD. (2023a). *Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC). Crecimiento de la red asistencial, respuestas implementadas y personas atendidas durante 2022*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/oad_2023_casas_de_atencion_y_acompanamiento_comunitario._crecimiento_de_la_red_asistencial_respuestas_implementadas_y_personas_atendidas_durante_2022.pdf
- Sedronar/OAD. (2023b). *Primer relevamiento nacional de dispositivos de cuidado, acompañamiento y asistencia en salud mental y consumos problemáticos*.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/oad_2023_primer_relevamiento_nacional_de_dispositivos_de_cuidado_informe.pdf

Sedronar/OAD e INDEC. (2023). *Encuesta nacional sobre consumos y prácticas de cuidado 2022 (ENCOPRAC)*.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/08/oad_indec_2023_encuesta_nacional_sobre_consumos_y_practicas_de_cuidado_2022_encoprac.pdf

Smith, L. M. (1994). Biographical Method. En Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S. (Eds.), *Handbook of qualitative research*. SAGE Publications.

Stolkiner, A. (1988). Prácticas en Salud Mental. *Investigación y educación en enfermería*, 6(1), 31–61.

Touzé, G. (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína*. Intercambios Asociación Civil.

Varsavsky, O. y Calcagno, A. E. (1971). *América Latina: Modelos matemáticos. Ensayos de aplicación de modelos de experimentación numérica a la política económica y las ciencias sociales*. Tiempo americano. Editorial Universitaria.

Vasilachis de Gialdino, I. (2006). La investigación cualitativa. En I. Vasilachis de Gialdino (Ed.), *Estrategias de investigación cualitativa*. Editorial Gedisa.

Vila, M. (2006). Aspectos biomédicos y problemas de salud asociados. En G. Touzé (Ed.), *Saberes y prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína*. Intercambios Asociación Civil.