UNIVERSIDAD NACIONAL DE ENTRE RIOS

Facultad de Trabajo Social

Carrera de Especialización en Políticas Públicas de Niñez, Adolescencia y Familia. Resol. "C.S" 320/11,324/12.

Sede: Región Metropolitana.

Tutor: Fernando Bur.

"QUE SE ESCRIBE CUANDO SE ESCRIBE SOBRE DROGAS"

Clarisa Anabella Ducant – Licenciada en Trabajo Social

Directora: Araceli Andrea Galante - Licenciada en Trabajo Social - Maestría en Salud Mental Comunitaria, según Resolución 003/2015 "CD" "FTS" "UNER"

Buenos Aires, Marzo - 2017

Resumen

El presente trabajo constituye la instancia final de la Carrera de Especialización de Políticas Públicas de la Niñez, Adolescencia y Familia. El mismo aborda la temática del uso de drogas; específicamente tiene la finalidad de presentar los aportes teóricos realizados desde la disciplina Trabajo Social en las últimas dos décadas, en la República Argentina.

El trabajo se ha circunscripto al relevamiento en las producciones de los trabajadores sociales sobre el uso y los usuarios de drogas; se presenta la relevancia del problema y su construcción social desde una perspectiva histórica. Asimismo, se aborda la importancia del discurso médico y del discurso psicológico en la conceptualización del problema.

Por otro lado, se mencionan y analizan distintos dispositivos en los cuales se incluyen los trabajadores sociales: dispositivos con perspectiva biomédica, dispositivos con impronta del discurso psicológico y dispositivos socio-territoriales. Se encara la cuestión de la interdisciplina y la importancia de considerar la singularidad en las intervenciones profesionales.

Con la investigación bibliográfica se pretende dar cuenta del estado de los aportes desde el Trabajo Social, para desde allí seguir pensando posibles avances tanto teóricos, como metodológicos, lo cual se pretende redunde en intervenciones respetuosas de los derechos de los sujetos involucrados.

Índice

Introducción…….5

Objetivos y metodología……6

Organización del trabajo……8

Capítulo 1: Tensiones en la intervención entre paradigmas que configuran el campo de la atención por uso de drogas con niñas, niños y adolescentes..……9

1. Introducción: conceptualizando la adolescencia…..…….9
2. Del paradigma tutelar al paradigma de protección integral de los niños, niñas y adolescentes……...10
3. Tensiones entre la Biomedicina y otros modos del Modelo Medico Hegemónico y concepciones más integrales sobre la atención de la salud…….……..12
4. Del paradigma prohibicionista-abstencionista al paradigma de reducción de daños……..……14

4.1. La atención por el uso de drogas: el paradigma prohibicionista-abstencionista…….14

4.2. Cambios de paradigma: del modelos tutelares y de encierro a modelos centrados en el sujeto y en la comunidad……..15

4.2.1. La Ley Nacional de Salud Mental……15

4.2.2. El Paradigma de reducción de daños…… 17

5. A modo de síntesis……..18

Capítulo 2: Concepciones sobre las drogas, su uso, los usuarios y los determinantes sociales del consumo problemático, según la visión de los trabajadores sociales……...19

1. Relevancia del problema…….19
2. Definiendo las drogas……..21

2.1. La importancia del discurso médico……21

Del consumo al consumo problemático: recuperando la trayectoria de los usuarios en su relación con la droga……23

2.2. La influencia del discurso “psi”…….25

2.2.1. Las familias de los usuarios……...26

2.3. Visión social: El uso de drogas en tanto cuestión de clase social…....27

2.4. La perspectiva socio-histórica……..29

2.4.1. Las representaciones sociales sobre la peligrosidad de los usuarios.32

Los cambios en las representaciones sociales sobre los usuarios de drogas en Argentina……..34

Capítulo 3: Tensiones entre las distintas formas de pensar la intervención del Trabajo Social en relación al consumo de drogas…….36

1. Abordaje Integral de la Salud……..36
1.1. Complejidad del problema……36
1.2. Intervención interdisciplinaria en el uso de drogas……..……37
2. Intervenciones de la salud entendida como proceso social y la importancia de la singularidad……..39
3. Diferentes intervenciones con usuarios de drogas…….41
3.1. Dispositivos con perspectiva biomédica: El Trabajo Social en los Hospitales Psiquiátricos ……..…43
3.2. Dispositivos con impronta del discurso psicológico: El Trabajo Social en las comunidades terapéuticas ……..…44
3.3. Dispositivos socio-territoriales……..46
3.3.1. Los programas de reducción de daños……..50

A modo de conclusión……...51

Conclusiones……..52

Fuentes documentales……56

Bibliografía consultada……59

Legislación……65

Quiero expresar mi agradecimiento
a la Directora de este trabajo, por su dedicatoria,
sugerencias y aportes.

Agradecer a mi pareja por su apoyo y
acompañamiento y a Juliana, nuestra hermosa hija,
por ceder tiempo que le pertenecía.

Introducción

Este documento constituye el Trabajo Final de Graduación de la Carrera de Especialización en Políticas Públicas de la Niñez, Adolescencia y Familia que se llevó a cabo en todo el país durante los años 2013 y 2014, en el marco de un convenio entre el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Entre Ríos. Su objetivo fue:

> *Ampliar y profundizar los supuestos teóricos-prácticos que sustentan las configuraciones políticas, jurídicas, sociales e institucionales, operadas en el campo de la niñez, la adolescencia y la familia; articulando la transferencia de saberes y conocimientos con las transformaciones de las prácticas profesionales e institucionales. (*Universidad Nacional de Entre Ríos, s.f.).

Este trabajo surge a partir de la necesidad de reflexionar sobre los saberes que guían las intervenciones en el área social, respecto a la salud mental en general y al consumo de drogas en particular. Este tema fue desarrollado en el Módulo "Conductas saludables y el consumo de sustancias tóxicas" en el que se trabajó la complejidad del consumo problemático de drogas en relación con el contexto social, su impacto en la población de niños, niñas y adolescentes y la necesidad de contar con un abordaje singular, tanto en la prevención como en la asistencia.

Algunas investigaciones muestran la relevancia del problema de las drogas en la adolescencia. El informe "Quinta encuesta nacional a estudiantes de enseñanza media", realizada a alumnos de 13, 15 y 17 años de la Provincia de Buenos Aires en 2011, por la Secretaria de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR, 2011) aporta los siguientes datos:

- un 14% de los estudiantes había consumido alguna droga ilícita en el último año (2010);
- la edad de inicio en el consumo de psicofármacos, solventes o sustancias inhalables y pasta base –paco se encontraba en los 14 años;
- la edad de inicio de la cocaína, éxtasis y marihuana se sitúo en los 15 años;
- en el caso de estimulantes sin prescripción médica, solventes e inhalables y éxtasis se observó un mayor porcentaje de nuevos consumidores entre 15 y 16 años.

Según la SEDRONAR (2011), los estudiantes de 15 y 16 años se configuraron como una población de alto riesgo por el fuerte incremento en el consumo y de los nuevos casos o incidencia del consumo en la última década.[1] En el mismo

[1] Los datos comparativos del Estudio realizado por la SEDRONAR "Quinta encuesta nacional de enseñanza media 2011" dan cuenta de que en el año 2001 la prevalencia del consumo de Marihuana era de 10,0 y en el año 2011 de 13,1, y la prevalencia de cocaína era de 0,7 en 2001 y de 3,2 en el año 2011 en los estudiantes de 15 y 16 años.

periodo en este grupo se incrementó el porcentaje de quienes sintieron curiosidad y propensión por consumir drogas ilícitas: en el año 2005 un 18% de los estudiantes del nivel medio reconocieron sentir curiosidad por probar drogas ilícitas, mientras que en el año 2011 el porcentaje aumentó a un 19,6%.

En las intervenciones con niños y adolescentes, Piotti (2012) plantea que los profesionales que trabajan en el área de la niñez actúan conforme la doctrina de la Protección Integral de Derechos, según lo establece la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y la Ley 26.061, o intervienen desde una impronta afín con la teoría de la Defensa Social o del Menor en situación irregular. En el primer caso se reconocería los derechos de los niños y adolescentes pero otorgados y garantizados por los adultos. En la segunda opción, se elegiría lo normativo, los abordajes individuales, la intervención policial y judicial, responsabilizando a las familias o a las conductas desviadas de los jóvenes; ejerciendo control social con intervenciones represivas.

Otro marco normativo que configura la intervención con adolescentes y jóvenes que consumen drogas es la ley de Salud Mental 26.657 sancionada en noviembre de 2010. La Ley establece que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental (art. 4) y que la existencia de un diagnóstico en dicho campo no autoriza a presumir riesgo de daño o incapacidad, ello solo puede definirse como tal mediante la evaluación de un equipo interdisciplinario.

Esto significa, en primer lugar, que la evaluación de la salud mental ya no sólo es competencia del área médica, sino que deben incorporarse otros profesionales: trabajadores sociales, terapistas ocupacionales, psicólogos, enfermeros y otras disciplinas o campos pertinentes. Este rol que nos llama a “jugar” la ley de Salud Mental es por demás comprometedor y nos interpela a repensar saberes y conocimientos.

El aumento del uso de drogas en los adolescentes es una realidad que no desconocemos y que muchos advertimos en nuestro ejercicio profesional a diario. A lo largo de los años, muchos trabajadores sociales reflexionaron sobre el problema de las drogas y sobre el espacio del ejercicio profesional en la atención sanitaria. En este sentido, el primer aporte de este trabajo constituye en sistematizar sus producciones sobre el tema, que se encuentran dispersas. Tratándose de un tema en el que es posible adoptar distintas posiciones, considero que el trabajo resulta un insumo para pensar sobre las intervenciones actuales imperantes y trabajar en el diseño de propuestas de intervención viables e inclusivas, desde la mirada del Trabajo Social.

Objetivos y metodología

Esperando sistematizar las reflexiones de los trabajadores sociales respecto al uso de drogas, en este trabajo me propuse sistematizar sus aportes teóricos en la República Argentina respecto a la intervención con los usuarios de drogas, elaborados durante las dos últimas décadas, en relación con los cambios

introducidos por el afianzamiento del paradigma de Protección Integral en el campo de la Niñez y Adolescencia.

Los objetivos específicos son los siguientes:

1)- Relevar las concepciones de los trabajadores sociales sobre el uso de drogas y sobre los usuarios en los documentos producidos por ellos mismos, tanto en forma individual como en colaboración con otros profesionales.

2)- Identificar tensiones entre paradigmas expuestos por los trabajadores sociales sobre la intervención con usuarios de drogas.

3)- Analizar las características de las intervenciones consideradas adecuadas, identificando tensiones y contradicciones entre ellas.

Para la elaboración de éste trabajo, efectué un estudio exploratorio, cualitativo, basado en el análisis de fuentes secundarias. Se conformó un corpus compuesto por 33 documentos (libros, ponencias en congresos, páginas web, artículos en revistas), que tuvieron por autor por lo menos a un trabajador social. No se excluyeron documentos escritos por trabajadores sociales en conjunto con profesionales de otras disciplinas, porque gran parte de las producciones de los profesionales del área social fueron realizadas en conjunto en los últimos veinte años (1995-2015). Los materiales resultaron producciones efectuadas por trabajadores sociales encontradas en la Universidad Nacional de Bs. As., la Universidad Nacional de Lanús, la Universidad del Museo Social Argentino, la Secretaria de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), el Colegio de Trabajadores Sociales de la provincia de Bs. As. Sede de Lomas de Zamora, el Consejo de Trabajadores Sociales de la CABA, y en la Asociación Civil Intercambios. Asimismo, incorporé aportes desde otras disciplinas que complementan los documentos en estudio, realizándose la mención correspondiente.

Estos materiales fueron organizados temporalmente. Se elaboró una guía de observación que incluyó las siguientes dimensiones de análisis:

- Concepciones acerca de la salud mental
- Paradigmas sobre la niñez
- Paradigmas sobre uso de drogas
- Relevancia del problema del consumo de drogas
- Concepciones sobre las características de los usuarios de drogas
- Construcción histórico-social del uso de drogas
- Intervenciones profesionales respecto al consumo de drogas

A partir de la identificación de códigos que diferenciaron ejes de análisis se trabajó con la modalidad de análisis del discurso distinguiendo regularidades y clasificaciones en los materiales empíricos.

Organización del trabajo

Los objetivos específicos guiaron la organización del trabajo. Por lo tanto, en el capítulo 1 se desarrollan los paradigmas que configuran el campo de la atención por uso de drogas. Se aborda el paradigma tutelar del menor y el paradigma de protección integral de derechos del niño y adolescente. Asimismo, se presentan los ejes de la Ley de Salud Mental 26.657. Finalizando el capítulo, se presentan los paradigmas prohibicionista-abstencionista y el de reducción de daños.

En el capítulo 2 se relevan las concepciones sobre uso y los usuarios de drogas expuestos en las producciones de los trabajadores sociales; se presentan sus ideas sobre la relevancia del problema de las drogas y sobre su construcción social desde una perspectiva histórica. Asimismo, se aborda la importancia del discurso de la Medicina y de la Psicología en la concepción de la problemática y se relevan las ideas brindadas en los documentos de los trabajadores sociales sobre los determinantes sociales del problema de las drogas.

En el capítulo 3 se abordan las distintas formas de concebir la intervención por parte de los trabajadores sociales, en relación al consumo de drogas. Se presentan ejes comunes encontrados en sus discursos: la cuestión de lo interdisciplinario, la idea de salud como proceso, la idea de singularidad y su importancia en la intervención profesional. También se sistematizan sus descripciones sobre la intervención del Trabajo Social en tres tipos de dispositivos: con perspectiva biomédica, con impronta psicológica y dispositivos socio-territoriales, analizando sus características, los discursos que los sustentan y las tensiones existentes entre ellos.

En las conclusiones, se analiza como cada dispositivo de atención sostiene conceptualizaciones sobre los usuarios y el uso de drogas (pueden identificarse distintos focos para explicar la problemática del consumo: en los factores biológicos, en las conformaciones y dinámicas familiares, en los contextos socio-económicos desfavorables, etc.) las que darán lugar a formas específicas de intervención.

Espero que la exposición de estas tensiones pueda servir para seguir promoviendo el debate y el avance de producciones escritas del Trabajo Social, que redunden mejores intervenciones respecto al consumo de drogas, respetuosas de los derechos de los sujetos involucrados.

Capítulo 1: Tensiones en la intervención entre paradigmas que configuran el campo de la atención por uso de drogas con niñas, niños y adolescentes.

1. Introducción: conceptualizando a la adolescencia

Según Viladrich (1991), psicóloga, existe discrepancia respecto al intervalo etario que comprende la adolescencia, como etapa que media entre la niñez y la adultez. La autora refiere que la adolescencia abarca entre los 10 y 25 años de edad; o bien periodos más cortos, entre los 14 y 19 años aproximadamente. Los estudios coinciden en su mayoría que se trata de una etapa de características psico-sociales particulares. Por su parte, el Código Civil sitúa a la adolescencia entre los 13 y 16 años de edad (Art. 25).

También desde la psicología, Aberastury (1970) en el periodo que abarca la adolescencia se producen cambios físicos, psicológicos y sociales. Los cambios físicos se relacionan con la aceleración de los procesos de crecimiento corporal y con el desarrollo sexual. En cuanto a los cambios psicológicos, considera que la adolescencia posee características propias que involucran aspectos cognitivos y emocionales. Aberastury explica que estas características psicológicas se relacionan con la aceptación de la pérdida de la identidad infantil y la búsqueda de una nueva identidad. En este periodo la mayoría de los adolescentes presentarían hostilidad frente a los adultos, expresando desconfianza y sentimientos de no ser comprendidos mientras intentan identificarse con nuevos ideales. La autora advierte que los cambios psíquicos deben ser considerados bajo el sello del medio cultural, social e histórico en el cual se manifiestan. Por último, los cambios sociales estarían relacionados con la identificación de su lugar en el contexto familiar, comunitario y societal en vinculación con el ejercicio de sus derechos y la formulación de sus propios proyectos de vida.

Desde el Trabajo Social, Carballeda (2013) sostiene que lo que normalmente se designa como adolescencia es una etapa sociológica y su duración y características estaría asociada directamente con el entorno social en el que se desarrolla; por ello no se podría hablar de un fenómeno de tipo universal.

Considero que sólo es posible pensar a la adolescencia en contexto, desde la singularidad de cada adolescente. Esta mirada implica tener en cuenta las relaciones entre los procesos sociales estructurales y microsociales, la historia del/los/las jóvenes, la conformación de sus familias, las redes sociales en las que se incluyen, los recursos materiales y simbólicos, sus posibilidades de desarrollo y su lugar en el territorio.

2. Del paradigma tutelar al paradigma de Protección Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes

Asistimos a un momento de modificaciones respecto a la concepción de la niñez y la adolescencia, respaldados por cambios legislativos que se expresaron en la sanción de la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes 26.061 destinada a instrumentar la Convención Internacional de los Derechos del Niño, suscripta por el país en 1989. Con la sanción de la ley, se derogó la ley Agote 10.903, que desde 1919 sustentaba el modelo conocido como "tutelar" o "del menor en situación irregular", cuyo punto de partida fue la consideración de los niños como objeto de protección.

Para la criminología, el modelo tutelar reprodujo criterios criminológicos propios del Positivismo[2] de fines del siglo XIX y principios del siglo XX. El determinismo entre pobreza, marginalidad y delincuencia se encontraba presente en la legislación, prácticas e instituciones de la época. Las condiciones personales de los sujetos y no las conductas concretas, fueron las que justificaron las reacciones estatales coactivas frente a infractores a partir de las ideas de tratamiento, resocialización y defensa de la sociedad frente a los peligros, idealmente con la privación de la libertad bajo el nombre de internación por un tiempo indeterminado. El argumento de justificación de la política criminal fue la protección de la infancia desvalida. Este dispositivo tutelar/legal se aplicaba a "menores" que estaban fuera del circuito familia-escuela. Los menores fueron considerados como objetos de protección, seres incompletos que requerían abordaje especial, es por ello que su opinión se volvió irrelevante (Beloff, 2015).

La concepción tutelar entró en crisis a nivel internacional en la década de los 80. Con la Convención Internacional de los Derechos del Niño y otros instrumentos sobre los Derechos Humanos a nivel internacional[3], se afianzó un

[2] El Positivismo como corriente de pensamiento, se traduce en una confluencia de ideas que implican una forma de conocimiento de la realidad y que se expresa más allá de los círculos científicos de pensamiento. Las explicaciones positivistas tienen influencia de las Ciencias Naturales para interpretar lo económico y lo social. El uso de la palabra "positivo" a partir de los años 1830 aparece con asiduidad en los escritos y comenzará a designar lo objetivo, lo real, lo natural y especialmente aquello que es progresista en sentido social y político. El discurso positivista implicó además una forma de construcción de la realidad que aún permanece en diferentes instancias de la vida cotidiana y fundamentalmente en las instituciones de la Acción Social y en sus prácticas profesionales. Como corriente de pensamiento se apoya en la experiencia, en el conocimiento empírico de los fenómenos naturales. La visión positivista adhiere a la idea de "influencia del medio" lo cual no implicaba una mirada de la estructura social; la familia era una célula básica de la sociedad, apelándose al concepto de tejido social como conjunto de células que se desenvuelven dentro de medios diferentes, realizan intercambios, generan enfermedades y pueden disolver el todo social (Carballeda, 1994).

[3] Los instrumentos internacionales de derecho internacional sobre la niñez y la adolescencia son las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la administración de la Justicia de Menores, conocida como Reglas de Beijing (29/11/85); las Reglas de las naciones Unidas para la Protección de Menores Privados de la Libertad (14/12/90) y las Directrices de las naciones Unidas para la Prevención de la Delincuencia Juvenil, conocida como Directrices de Riadh (14/12/90); Además de otros instrumentos Internacionales de Protección de derechos humanos: la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de los Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos;

nuevo paradigma que se enfoca en la concepción de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales que le corresponden a todas las personas, más derechos específicos por encontrarse en etapa de desarrollo. Se considera que los niños, niñas y adolescentes a medida que crecen, van adquiriendo autonomía para el ejercicio de sus derechos, lo que implica que son los adultos los que deben realizar los arreglos institucionales y proveer de las condiciones necesarias para que sus derechos puedan ser ejercidos (Beloff, 2015).

En caso de que alguno de los derechos de los niños sea amenazado o violado, es deber de la familia, la comunidad y/o el Estado restablecer su ejercicio concreto, a través de mecanismos administrativos y judiciales. Se distingue las competencias de las políticas sociales en relación a los derechos de los niños, siendo éstos dispositivos lo que deben actuar en caso de carencia de recursos materiales y no instancias judiciales (Beloff, 2015).

La Ley 26.061 reconoce los derechos de las niñas, los niños y adolescentes a la dignidad e integridad física, sexual, psíquica y moral; a la salud; a la educación; a la libertad, a expresar su opinión como usuario de los servicios públicos; a opinar y ser oído, entre otros. Conforme a esta legislación, los organismos del Estado deben garantizar el acceso a servicios de salud, a programas de orientación y asistencia integral, rehabilitación e integración.

El modelo denominado "Doctrina o Modelo de Protección Integral" ha ido modificando las políticas destinadas a la niñez en muchos países de América Latina. Si bien, la incorporación y adhesión al tratado es real y la sanción de nuevas leyes también, es igualmente cierto que es necesario "aceitar" y desarrollar mecanismos de exigibilidad de los derechos. En palabras de Mary Beloff en ´Un modelo para armar y otro para desarmar!: protección integral de derechos vs. derechos en situación irregular´ "*…los niños no están como estaban; algo ha cambiado, para mejor, pero no es suficiente"* (2015:8)

Como plantea Beloff (2015) el terreno sobre el cual se pretende construir el nuevo modelo no está virgen, por lo que no sólo habría que desmontar una vieja estructura sino también construir una nueva cultura.

En este sentido, la concepción de la niñez como objeto de protección ha sido congruente con el modelo en que la Biomedicina concibió históricamente a los sujetos que demandaban atención de su salud.

---

el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; la Convención sobre la Prevención y Sanción del Delito de Genocidio; la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; Convención Interamericana sobre Desaparición Forzada de Personas y la Convención sobre la Imprescriptibilidad de los Crímenes de Guerra y los Crímenes de Lesa Humanidad. (Beloff, 2015)

3. Tensiones entre la Biomedicina y otros modos del Modelo Médico Hegemónico y concepciones más integrales sobre la atención de la salud.

El antropólogo Eduardo Menéndez (1988), desarrolló el Modelo Médico Hegemónico como un modo de entender un conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el propio desarrollo de la Medicina científica (Biomedicina) que se identifica como la única forma de atender la enfermedad. El rasgo estructural dominante es el biologismo. Desde este rasgo se subordina a otros niveles explicativos posibles de los problemas salud/enfermedad, sin que se remita a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad. Se da exclusividad a los contenidos biológicos, siendo los procesos sociales, culturales o psicológicos anecdóticos, o en caso de ser incluidos o considerados se hace de una forma solo descriptiva en la cual se pierde el contenido dinámico social de estos niveles de análisis. La a-historicidad de los procesos salud/enfermedad es otro de los rasgos del Modelo Médico Hegemónico; la enfermedad sería concebida como un hecho natural, biológico y no un hecho social, histórico.

Menéndez (1988) sostiene que el Modelo Médico Hegemónico cumple una serie de funciones: curativas, preventivas y de mantenimiento; de control, normalización, medicalización y legitimación; y, por último, económico-ocupacional. La población identifica a la Medicina en general con el primer grupo de funciones, o sea, con la práctica médica relacionada con el curar.

Esta forma de concebir los procesos de salud/enfermedad se presenta en términos técnicos, es decir, no destacándose las repercusiones ideológicas que se desatan y que se reproducen en la red de relaciones del área médica. Es precisamente con el análisis de las concepciones individualistas biomédicas en relación con el segundo grupo de funciones mencionado por Menéndez (1988), o sea, de control, normalización, medicalización y legitimación que se puede comprender las formas de atención tradicionales respecto al problema de consumo de drogas.

En relación a la influencia de la Biomedicina sobre la percepción social de los problemas sociales Romani (1999:58) considera que bajo el Modelo Médico Hegemónico, desarrollado a lo largo del último siglo "…*muchos conflictos sociopersonales que no eran abordados por los médicos se han ido transformando en problemas médicos sobre los que se ha intervenido, sobre todo, desde un óptica biologista e individualista"*

El modelo biomédico ha tenido una importante influencia en las concepciones que se han ido configurando respecto al uso de drogas y la forma de "tratar" el consumo. Con el tiempo fueron surgiendo miradas más abarcativas e integrales sobre los problemas sociales en general, y en particular sobre el uso de drogas; una de ellas es la visión de la Epidemiologia Social.

La Epidemiología Social propone entender estos procesos a partir de las condiciones de salud de las poblaciones. Sostiene que la realidad está organizada en los niveles social, grupal e individual siendo los niveles de mayor complejidad los que regulan a los de menor complejidad, aunque también se

reconoce que existe una relación dinámica y bi-direccional entre los distintos niveles.

En este enfoque, es necesario comprender el tipo de inserción social de cada individuo y grupo social, ya que ésta determina sus condiciones de vida, y por ende, el modo particular en que se desarrollan sus procesos colectivos de salud.

Por su parte, la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008:s/n) sostiene que "*Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud".* Asimismo, asevera que la mala salud y las desigualdades sanitarias están provocadas por una distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y los servicios y las injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población (acceso a la atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, etc.)

Desde la Medicina Social se explica que el fenómeno de salud-enfermedad debe apreciarse en un contexto económico, político e ideológico, es decir, como expresión de los procesos sociales. Ello no implica enunciar que los procesos sociales determinan factores de riesgo sino intentar comprender la interrelación dinámica entre lo social y lo biológico. El reconocimiento del carácter social y biológico del proceso salud-enfermedad pone a las Ciencias Sociales en un lugar central (Laurell, 1982)

Hablar del proceso salud-enfermedad como proceso social, plantea el tema de su articulación con otros procesos sociales, lo que remite inevitablemente a la cuestión de sus determinaciones. Según Laurell (1981) hay distintas formas de intentar explicar la enfermedad. El modelo médico dominante lo intenta desde la monocausalidad; desde este modelo la limitación surge al pensar que se puede explicar la enfermedad como efecto del accionar de un sujeto. Otra forma de explicar la enfermedad es desde el modelo multicausal, según el cual existe una serie de factores de riesgo, tanto biológicos como sociales, que actúan en su producción; su limitación estaría dada por la reducción de la realidad compleja a factores de riesgo. Según Laurell (1981:9) "…*una proposición acerca de la interpretación de la determinación del proceso de salud-enfermedad tienen que contemplar la unidad de éste….y su carácter doble, biológico y social. Esto significa reconocer la especificidad de cada uno y al mismo tiempo analizar la relación que guardan entre sí."*

Situar el problema de las drogas en términos de Medicina Social, permite el análisis de los procesos histórico-sociales que atraviesan los determinantes de la salud de las personas que usan drogas.

El Modelo Médico Hegemónico ha tenido influencia en las concepciones y formas de intervención que se han configurado sobre la problemática; el paradigma prohibicionista-abstencionista da cuenta de ello, ya que los consumidores eran vistos como enfermos. Asimismo, la comprensión de la salud y la enfermedad como proceso ha llevado a considerar los determinantes sociales del consumo problemático de drogas.

4. Del paradigma prohibicionista-abstencionista al paradigma de reducción de daños

4.1 La atención por uso de drogas: el paradigma prohibicionista-abstencionista.

El inicio de las respuestas estatales sobre estupefacientes en la Argentina se remonta a las primeras décadas del siglo XX, cuando se reguló la importación de sustancias psicoactivas y se sancionó toda circulación que no pasase por los canales lícitos[4]. Socialmente se percibía que las drogas ilícitas eran usadas por las clases sociales más acomodadas y que el consumo no constituía un problema de importancia. La visión que se tenía del usuario se correspondía con los términos de vicioso-contagioso. En 1924 se sancionó la primera ley penal que alcanzó las conductas vinculadas a la sustancia. La ley penalizó la introducción clandestina al país de las sustancias ilegales y la venta por parte de los agentes no autorizados o que estándolo lo hicieran fuera del cumplimiento de la normativa (por ejemplo: farmacéuticos que vendían drogas sin receta médica). En 1926 una nueva reforma legal permitió la posibilidad de sancionar la posesión o tenencia ilegitima de narcóticos y alcaloides. La ley no discriminó entre traficantes y consumidores, ambos conformaban un binomio (hábito vicioso y negocio clandestino) al que había que perseguir. Los consumidores eran señalados como enfermos y anormales (Corda, Galante y Rossi, 2014)[5]

Siguiendo el modelo de legislación internacional conforme la Convención Única de Estupefacientes de las Naciones Unidas, suscripta en 1961 y aprobada por la Argentina en 1963, en 1972 se aumentaron en el país las penas para los delitos vinculados a las sustancias que fueron declaradas en su texto, como estupefacientes (en especial cocaína, cannabis y opiodes). Asimismo, en una reforma del Código Civil, se incorporó la posibilidad de internar compulsivamente a los "toxicómanos" y limitar su capacidad legal. Las autoridades podían disponer su internación, en caso de que, según la opinión médica pudieran dañar su salud, la de terceros o afectar la tranquilidad pública. De esta forma se afianzó la concepción sobre las personas que usan drogas como incapaces, que podían tornarse peligrosas y cuyo tratamiento podía requerir el encierro. Estas reformas contribuyeron a un aumento de causas penales y demandas de tratamiento a principios de los años '70. Por esos años también surgieron las primeras comunidades terapéuticas que ofrecían tratamiento residencial en forma alternativa a la internación, formadas por usuarios y frecuentemente ligadas a Iglesias Evangélicas. En 1974 se sancionó la ley 20.771 que aumentaba las penas y las conductas incriminadas. También

[4] Con el dictado del Decreto del 17 de mayo de 1919 se percibió una mayor actividad represivo-administrativa respecto a los desvíos en el ejercicio de las farmacias; esta norma reguló las siguientes sustancias: opio y sus preparaciones, cáñamo indiano, morfina y sus sales, y cocaína y sus sales. Conforme el decreto en cuestión, las droguerías y farmacias debían poseer un registro de estas drogas en su poder. El decreto también reguló la intervención de la autoridad sanitaria previa importación (Corda y otros, 2014)

[5] Equipo compuesto por abogado y trabajadores sociales.

se incluyó la posibilidad de imponer junto a la pena una “medida de seguridad curativa” (tratamiento compulsivo) a las personas dependientes. Es así que, el uso de estupefacientes quedó comprendido como delito y enfermedad al mismo tiempo (Corda y otros, 2014).

La principal respuesta estatal llevada a cabo como consecuencia de la matriz “prohibicionista-abstencionista” no sólo fue el desarrollo de intervenciones penales, sino que también se delinearon las políticas no represivas respecto a los usuarios de estupefacientes. Las respuestas penales tuvieron como consecuencia la criminalización de los usuarios de drogas ilegales, con múltiples consecuencias tanto vinculadas a los procesos penales abiertos como a las dificultades en términos de inclusión social (Corda y otros, 2014).

Desde el modelo prohibicionista-abstencionista se considera que el derecho penal podría resolver las problemáticas relacionadas con la salud. Al respecto Staffalani (2008), trabajadora social, manifiesta que “….*una construcción de la cuestión de las drogas asociada a la transgresión de la ley, excluye las responsabilidades de la propia comunidad y reduce las intervenciones a las meramente punitivas” (p.35-36)*

A principio del nuevo siglo, tanto la sanción de la Ley de Protección Integral como la ley de Salud Mental y Adicciones impulsaron cambios en la atención por uso de drogas de los niños, niñas y adolescentes, centrados en la promoción y protección de sus derechos.

4.2. Cambios de paradigma: de modelos tutelares y de encierro a modelos centrados en el sujeto y en la comunidad.

4.2.1. La Ley Nacional de Salud Mental

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 tiene por objeto asegurar los derechos de todas las personas con padecimiento de salud mental, a la que define en su texto como “*un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona*” (Art. 1 y 3). Entre los problemas de salud mental, se incluye el consumo problemático de drogas (art. 4). De este modo, “*las personas con uso problemático de drogas legales e ilegales tienen derechos*” a:

- acceder a la “*atención sanitaria y social integral*” de modo gratuito;
- que la atención se base en *“fundamentos científicos ajustados a principios éticos*”;
- ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente;
- “*recibir y rechazar asistencia*”;

- ser informado de todo lo inherente a su salud y tratamiento;
- "*tomar decisiones relacionadas con su atención*" dentro de sus posibilidades.

La Ley de Salud Mental establece que la internación debe concebirse como un recurso terapéutico excepcional, cuando no es posible un abordaje ambulatorio (Art.20). Para que proceda la internación involuntaria debe existir un dictamen profesional del servicio asistencial, se debe notificar al Juzgado competente y al Órgano de Revisión, instancia que debe realizar las evaluaciones pertinentes buscando siempre las opciones menos restrictivas de la libertad de la persona internada. Cuando se trate de niños y adolescentes se debe proceder además de acuerdo a la normativa nacional (Ley 26.061, art. 39: Medidas excepcionales) e internacional de protección integral de derechos (Convención Internacional sobre Derechos del Niño, art. 25).

En relación a la atención de la salud mental de niños y adolescentes específicamente, el artículo 3 de la Convención de Derechos del Niño guarda armonía con la Ley de Salud Mental. Este artículo contempla la situación de los niños y adolescentes con un padecimiento físico o mental: "*Los estados partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismos y faciliten la participación activa del niño en comunidad*…". Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a participar en todo aquello que se vincule en forma directa con su interés. De acuerdo a la comprensión de su situación podrán participar en las decisiones sobre aquello que se vincule a su salud mental; ello conforme sus capacidades y autonomía progresiva, en relación con el principio de interés superior del niño[6] (Krasnow[7], 2012)

Respecto a la atención del uso de drogas en particular, a fines de la década de los '90, en la Argentina se empieza a visualizar la existencia de un paradigma alternativo al modelo abstencionista y al modelo tutelar, conocido como Reducción de Daños, cuyos objetivos son disminuir los efectos negativos producto del uso de drogas.

[6] Para la Ley 26.061 Interés Superior del Niño (art. 3) es la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos por la misma, debiéndose respectar: su condición de sujeto de derecho; el derecho a ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta; el respeto al pleno desarrollo personal de sus derechos en su medio familiar, social y cultural; su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales; el equilibrio entre los derechos y garantías de las niñas, niños y adolescentes y las exigencias del bien común; su centro de vida entendiéndose como el lugar donde los niños hubiesen transcurrido en condiciones legítimas la mayor parte de su existencia. Cuando exista conflicto entre los derechos e intereses de las niñas, niños y adolescentes frente a otros derechos e intereses igualmente legítimos, prevalecerán los primeros.

[7] Abogada.

4.2.2. El paradigma de reducción de daños.

La Reducción de Daños es una política de prevención de los daños potenciales relacionados con el uso de drogas más que de prevención del uso de drogas en sí mismo. La Reducción de Daños reconoce que no se ha podido eliminar el consumo pese a los esfuerzos en tal sentido y también reconoce que las acciones preventivas desde el modelo prohibicionista-abstencionista han provocado un aumento de daños no intencional. Los programas se dirigen con prioridad a los usuarios de drogas que no frecuentan las instituciones y que tienen escaso contacto con los dispositivos sanitarios y sociales (Touzé, 2006)[8]

En Argentina, los programas de reducción de daños surgieron ante el impacto de la mortalidad por sida entre las personas que usaban drogas por vía inyectable. Se proponía que los servicios atendieran a las personas que usaban drogas "donde estén" en lugar de esperar que cumplan con requerimientos institucionales y pedirles que abandonen el consumo para brindarles ayuda. Este tipo de políticas comenzaron a tener consenso gubernamental recién en el año 2000 (Corda y otros, 2014). Sin embargo, las resistencias sociales que las estrategias de reducción de daños ha generado por su anclaje en el paradigma anti-prohibicionista, dificultaron la multiplicación de los programas basados en este enfoque. En consecuencia, no se desarrollaron programas que abarcaran a la población usuaria de drogas a nivel nacional, quedando las iniciativas coherentes con este enfoque en mano de ONGs, universidades y algunas propuestas a nivel municipal. (Rossi y Goltzman, 2012).

Las estrategias de reducción de daños pueden llevar a cabo una variedad de acciones diversas: influir en la legislación, promover mejoras en los accesos a los servicios de tratamiento, puede realizarse un trabajo educativo, trabajar a nivel de las percepciones sociales acerca de los usuarios de drogas y de estas mismas, etc. Lo que marcaría la diferencia respecto a otras estrategias de abordajes sería la atención puesta en los efectos secundarios[9] del uso de drogas (Touzé, 2006).

Los programas de reducción de daño y su pertinencia es objeto de debate; se suele discutir si su implementación favorece una práctica sancionada, como es el consumo de sustancias ilegales. Pese a que, a nivel internacional, estos programas han arrojado resultados positivos en términos de estabilización de la prevalencia del VIH y otras infecciones de transmisión sexual y facilitaron el acceso a distintos centros asistenciales de salud y sociales sin que aumentara el consumo, el debate ético sigue en curso. (Galante, Rossi, Goltzman y Pawlowicz, 2009)

[8] Para presentar el paradigma de Reducción de Daños se tomó aportes de la Asociación Civil Intercambios, donde se desempeñan trabajadores sociales que trabajan desde éste enfoque.

[9] Por efectos secundarios Graciela Touzé (2006) entiende, tomando los aportes de Baratta (1994), a los procesos de criminalización y estigmatización consecuentes a las respuestas sociales a dicho uso y no a los producidos por el consumo de sustancias en sí mismo.

5. A modo de síntesis

Tanto el paradigma tutelar como el paradigma abstencionista-prohibicionista, están sustentados por criterios criminológicos. Algunas intervenciones coercitivas estatales tenían como justificación la defensa de la sociedad respecto al menor o adicto, según el caso. Sin embargo y paradójicamente, conformaron un estado de indefensión del "menor" o del "adicto", en el que su opinión, su voz no podía ser tenida en cuenta.

Se puede decir que, tanto el modelo de protección integral de los derechos de los niños como los programas de reducción de daño surgen, en parte, como una búsqueda de abordar situaciones de vulneración de los derechos en la niñez y del consumo de drogas no felizmente tratados desde los modelos anteriores, que son cuestionados por no considerar a los sujetos como personas autónomas, capaces de decidir sobre sus vidas, justificando así acciones de tutela. Asimismo, desde estos modelos se cuestiona las medidas coercitivas penales que posibilitaron en muchos casos el encierro, las miradas y las representaciones sociales estigmatizantes.

Estas diferencias de modelos portan concepciones teóricas contrapuestas. No se trata de diferentes abordajes, sino por el contrario, implican una elección teórica e ideológica que necesariamente condiciona y direcciona el accionar profesional.

En coherencia y desde una mirada disciplinar del Trabajo Social, Yolanda Guerra en Picardi (2009) afirma que "*…la elección de una teoría se encuentra permeada por experiencias personales, concepciones del mundo, proyectos societarios y en el límite, se encuentra referida tanto a las necesidades de comprensión cuanto al nivel de exigencia y satisfacción de los profesionales por el alcance y grado de explicación y aproximación brindado por las teorías".*

Del método, metodología, técnica subyace un sistema conceptual que le confiere sentido, configurando y direccionando la intervención profesional. No existe un concepto univoco de método, sino que el mismo es entendido de distintas maneras conforme el sistema teórico-conceptual al que se adhiere (Picardi, 2009).

Estas apreciaciones permiten comprender que, los pasajes y transiciones de un modelo a otro (tutelar-de protección integral / abstencionista, prohibicionista – de reducción de daño), lejos de ser opciones metodológicas distintas, están sustentadas por la elección de ciertas teorías y categorías en determinado contexto político e histórico social.

Capítulo 2: Concepciones sobre las drogas, su uso, los usuarios y los determinantes sociales del consumo problemático, según la visión de los trabajadores sociales.

¿De qué se habla cuándo se menciona a las drogas, las adicciones, las sustancias; cuando se habla de consumos, más aún de consumos problemáticos, entre otros conceptos? Específicamente, en este capítulo expondré de qué hablan los trabajadores sociales para referirse a los usuarios, los consumos y sus determinantes sociales.

Los trabajadores sociales que han escrito sobre el tema coinciden en señalar la importancia del problema como cuestión sanitaria, lo que implica pensar el consumo problemático tanto desde la Biomedicina (con un predominio del enfoque de las sustancias en la concepción del problema) como en términos críticos del Modelo Medico Hegemónico, lo que incluye una mirada que permite el análisis de los procesos históricos-sociales que atraviesan los determinantes de la salud de las personas que usan drogas. Asimismo, se advierten tensiones y contradicciones entre elementos propios del paradigma abstencionista-prohibicionista dominante por mucho tiempo, desde el cual se ha naturalizado formas de pensar en los usuarios prejuiciosas y estigmatizadoras,[10] así como discursos que centran su atención en el sujeto, sus condiciones de vida y sus capacidades para transformar situaciones problemáticas.

1. Relevancia del problema

Existe acuerdo en los autores consultados respecto al aumento y la diversificación del consumo de drogas ilegales en las últimas décadas en el país, asociando al consumo de drogas con un conjunto de formulaciones que lo sitúan como problemática social.

Cuatrocchi (2008) sostiene que en las últimas décadas se ha masificado el consumo de sustancias psicoactivas en Argentina, asumiendo características modeladas por el momento histórico y las condiciones económico-sociales propias de la época (deterioro progresivo en la situación política y social). Asimismo, explica que no sólo ha habido cambios en el aumento del consumo, sino que también ha habido cambios en la calidad de las sustancias consumidas. Refiere que en los estratos de mayor poder adquisitivo se produjo un incremento en el consumo de productos sintéticos, como el éxtasis; y en los sectores de menores ingresos hizo su aparición la pasta base[11], caracterizada como una sustancia de alto poder adictivo, bajo costo y alto nivel de toxicidad, que traería graves consecuencias para la salud.

[10] Véase página 10 y 14.

[11] La pasta base de cocaína (conocida en la Argentina como “paco” o “basuco”) es el residuo de una fase anterior a la obtención final de la cocaína, que resulta del procesamiento de las hojas de coca, en el que se utiliza ácido sulfúrico, querosene y otros solventes. (Cuatrocchi, 2008)

Respecto al aumento del consumo María Vargas (2012) sostiene que:

> *En los últimos años, el problema de adicciones en nuestro país se ha acrecentado, en paralelo al aumento de los índices de consumo de sustancias psicoactivas. La magnitud de ésta cuestión se puede visualizar en una de las últimas encuestas poblacionales realizadas…* –por la Subsecretaria de Atención a las Adicciones del Ministerio de Desarrollo Social bonaerense[12] - *….la encuesta indica que existen en la actualidad entre trescientas y quinientas mil personas que las consumen y que más de un millón de personas ha probado alguna sustancia ilícita alguna vez en su vida*. (p.129)

Algunos datos expuestos por las trabajadoras sociales Guzmán y López (2007) dan cuenta del aumento y diversificación del uso de drogas, hace una década:

- Se duplicó la atención de emergencias derivadas de accidentes vinculados al consumo de alcohol y drogas entre 1995 y 2003;
- La demanda en el año 2007 de ayuda al programa de asistencia e investigación de las adicciones del Consejo Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia aumentó un 20% con respecto al 2002;
- La demanda general de atención en el Centro Nacional de Reeducación Social (CENARESO)[13], un hospital público especializado en el problema, aumentó un 50% en los últimos dos años (años 2005-2006). La cifra de pacientes mujeres creció un 300%;
- Entre 1998 y 2003, el consumo de drogas en escuelas del área metropolitana creció del 7% al 11% según una encuesta de Instituto Superior de Ciencias de la Educación.

En correspondencia con los datos expuestos, un estudio de la SEDRONAR (2012) concluye que han aumentado las consultas en instancias públicas de salud, asociadas al consumo de sustancias psicoactivas respecto a datos de estudios realizados también por dicha Secretaria, en los años 2003, 2007, 2009 y 2012. En la Provincia de Buenos Aires, en el año 2003 un 3,9% de las consultas se asociaban al consumo de sustancias mientras que en el año 2012 ascendieron a un 11,8%.

En general, los trabajadores sociales asocian el aumento del consumo con el aumento de las condiciones de vulnerabilidad social. Al respecto, desde la sociología, Kornblit, Camarotti y Di Leo (s.f.) sostienen que el uso de drogas está relacionado con los factores ambientales que pueden constituir una parte importante de los motivos del consumo, es decir, el contexto socio-económico, político y cultural en el cual se lleva a cabo el uso de drogas. Cuatrocchi (2008) infiere que, cambios en la organización económica y política que inciden negativamente en las condiciones de vida de la población influirán en las

[12] Página consultada por Vargas en el año 2008: www.sada.gba.gov.ar

[13] Hoy Hospital Nacional en Red "Laura Bonaparte".

relaciones familiares provocando problemas vinculares, lo cual lleva a disfunciones en su interior.

Al pensar en este tema, los trabajadores sociales suelen referirse al período neoliberal de los años '90 en la Argentina; período recordado por la falta de oportunidades laborales, el aumento de la pobreza y la retracción del Estado en su responsabilidad respecto al acceso a la vivienda, salud y educación (Touzé, 2012).

En general, se sostiene que las crisis económico-políticas incrementan las condiciones de vulnerabilidad de la población, dado los problemas asociados al desempleo, la insuficiencia de políticas públicas que atiendan las necesidades básicas de los ciudadanos y la baja de las expectativas sociales, situaciones que impactan negativamente en la salud y bienestar de los ciudadanos.

2. Definiendo las drogas.

El objeto de la salud mental no está dado naturalmente, sino que es social e histórico. La complejidad intrínseca de la producción de la salud puede ser pensada y explicada desde un amplio abanico de respuestas teóricas que guían diversos modos de abordaje. Las problemáticas que se plantean en el área de la salud mental son un recorte teórico y práctico de la realidad, en él influyen procesos políticos y sociales (Galende, 1990).

Una de las respuestas posibles ante la problemática del consumo de drogas surge desde el discurso médico, cuya aspiración es la "cura". Esta lógica logró ser hegemónica en las instituciones dedicadas al tratamiento del consumo de drogas.

2.1. La importancia del discurso médico.

La Biomedicina ha tenido una importante influencia en las concepciones sobre el uso de drogas[14].

En la muchos de los textos consultados los trabajadores sociales retoman la definición sobre sustancia psicoactivas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para la OMS una "droga" es "*toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del normal funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas*".[15]

Algunos autores, además toman las clasificaciones de los manuales de psiquiatría sobre los trastornos asociados al uso de drogas, para dar cuenta de

[14] Véase página 12.

[15] Concepto extraído de www.infodrogas.org › Drogas

situaciones diferentes, de distintos niveles de compromiso con el uso de drogas. Por ejemplo Cuatrocchi (2008) explica que:

- El **uso de drogas** refiere a un consumo esporádico, circunstancial, aleatorio, de una sustancia con la intención de probarla o utilizarla en una ocasión particular. Se trata de una situación que no comprometería la vida de relación de la persona y sus lazos sociales, laborales, familiares, no se verían dañados. Cuatrocchi (2008) hace referencia a que "*...el usuario de drogas siempre está seguro a que se va a mantener en este nivel, y que podrá dejar de consumir cuando lo decida" (p. 18).*
- El **abuso** implicaría el uso frecuente de las drogas, cuya motivación estaría dada por la sensación de bienestar que el consumidor obtiene. El consumo cada vez más frecuente podría ir llevando a un aumento en la dosis. Entraría en juego aquí una supuesta dependencia psicológica ya que la droga sería utilizada como "auxilio" en situaciones difíciles. Se hablaría de abuso cuando el consumo adquiere una frecuencia sistemática, apareciendo perturbaciones en la vida cotidiana de las personas.
- **Dependencia o Adicción**: Las perturbaciones se profundizan, llegando hasta la ruptura de los lazos sociales. Vargas (2012) transcribe el concepto de dependencia definido por la OMS:

> *Un estado psicofísico, resultante de la interacción entre un organismo vivo y un producto psicoactivo y que se caracteriza por modificaciones de conducta y otras reacciones que comprenden siempre un deseo invencible de tomar la droga continua y periódicamente a fin de experimentar sus efectos psíquicos y de evitar algunas veces el malestar de privación.* (p. 135)

En el estado de adicción o dependencia estaría en juego un consumo continuo y compulsivo de una o varias sustancias, "*creándose una dependencia emocional del consumo, ya que el sujeto lo necesita para sentirse bien; si no está drogado se siente ansioso, irritable o angustiado, y esto le resulta intolerable" (Cuatrocchi, 2008:18).* Agrega la autora que el adicto tiene etapas donde solo le importa "*estar drogado",* no tiene otro interés social o afectivo. En esta situación, la salud psíquica y física de los usuarios de drogas estaría seriamente comprometida, como también habría una importante exposición a distintos riesgos.

Aunque es común definir el problema retomando la clasificación médica, el énfasis en los efectos de las sustancias psicoactivas por sobre otros determinantes en la construcción de los discursos sobre las drogas, propio del discurso psiquiátrico, es criticado por quienes plantean una mirada más centrada en los procesos sociales. Alfredo Carballeda en "Alcoholismo,

puritanismo y el discurso de la drogadicción", en el capítulo del libro "Drogadicción y Sociedad" (2008a) refiere que hay algunos discursos que continúan apoyándose en la unicausalidad, y que ponen a la sustancia en un primer plano antes que a la persona. La droga así vista ejercería un poder supremo.

> *Las drogas se siguen pensando desde el discurso médico, como si fueran bacterias o virus que ingresan a la sociedad y generan adictos por mero contacto o contagio. La drogadicción aún se presenta explicada desde las relaciones causales, univocas, determinadas desde donde se construye un fatalismo que impide la acción o resalta la inviabilidad de determinadas poblaciones. Se sigue pensando que hay adictos porque hay drogas, mientras se vive en una sociedad donde todo consumo es exaltado para llenar las mismas ausencias que el mercado produce. (p. 59).*

Reflexionando sobre la relación entre uso de drogas y VIH, Rossi y Goltzman (2012) traen conceptos que se interrelacionan y que resultan interesantes a la hora de intentar pensar en los "determinantes que inciden o intervienen" ya no en el consumo de drogas sino en el cuidado a la salud en general. Desde la Epidemiologia Social, introducen la concepción de "ambientes de riesgos" (tomada desde el sociólogo inglés Tim Rhodes) para analizar los procesos que se articulan para que se produzca un daño. Un ambiente de riesgo constituye un "*marco en el que los daños relacionados con las drogas son concebidos como un producto de las situaciones sociales y los ambientes en los que los individuos participan" (p.* 37). Se advierte que, a diferencia de otras concepciones, el énfasis esta puesto, no en el individuo, sino en el análisis que incluye a las instituciones políticas y sociales que tienen un rol en la producción de daños.

El consumo de drogas es una problemática compleja y como tal, el uso de sustancias no es uniforme, por lo que sería más coherente hablar de distintos tipos de usos.

Del consumo al consumo problemático: recuperando la trayectoria de los usuarios en su relación con las drogas.

Graciela Touzé en "Argentina: ¿La reforma que se viene?" (2010) manifiesta la importancia de remarcar la distinción que algunos documentos realizan entre el concepto de **consumo** y **consumo problemático**; agrega que si bien la dependencia a las drogas es un problema a resolver en el ambiente sanitario, la consecuencia de no discriminar entre consumo y consumo problemático conduciría al riesgo de medicalizar/psiquiatrizar a todos los consumidores, que serían etiquetados como enfermos.

Esta distinción, de alguna manera, plantea criterios diferentes a los de la psiquiatría para pensar los problemas asociados al uso de drogas. Como explica Pérez Correa (2014), abogada, aunque el consumo sea ocasional, de todos modos puede ocasionar daños en determinadas circunstancias. Por otra parte, el uso frecuente puede ser gestionado por los usuarios de modo satisfactorio para ellos. Por este motivo, sostiene que el consumo problemático es el que genera efectos negativos a los usuarios, familias y comunidades. El desarrollo de usos problemáticos o no problemáticos de drogas estaría producido por factores de riesgo y factores de producción.

Desde la sociología, Kornblit y otros (s.f.) sostienen que el consumo, ya sea ocasional o continuado en el tiempo, puede ser problemático si el consumidor ha perdido el control de sí mismo o si ha incurrido en prácticas de riesgo para sí o para los demás bajo los efectos de la sustancia. Complementariamente, los autores remiten a Touzé (trabajadora social) para explicar que el uso de drogas puede ser problemático para una persona cuando afecta negativamente –en forma ocasional o crónica- a una o más de las siguientes áreas: su salud física o mental, sus relaciones sociales primarias o secundarias, y/o sus relaciones con la ley. Estas definiciones del consumo como problemático exceden las consecuencias físicas/médicas para situarlas en la vida cotidiana del usuario, sus vinculaciones, sus elecciones.

Según Touzé (2010) el consumo problemático estaría reservado a sujetos que se hallan en una situación especial de vulnerabilidad bio-psico-social. Este conjunto de personas necesitaría tratamiento adecuado a las manifestaciones de su consumo “patológico”, teniendo en cuenta que según lo expone el Documento Oficial sobre los usuarios de drogas y las políticas para su abordaje, elaborado en 2009 por el Comité Científico Asesor en Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja, sólo en un grupo relativamente pequeño, en proporción al universo de consumidores, el uso adquiere características problemáticas. Estas intervenciones asistenciales deben admitir alternativas múltiples de atención.

La idea de consumo problemático incluye los daños a la salud física, pero también incorpora el análisis de procesos sociales, culturales, psicológicos, etc., en la definición de los problemas asociados al consumo de drogas, aunque este sea experimental u ocasional.

La concepción de los usuarios de drogas como “dependientes” o “adictos” legitima las prácticas de encierro prolongado, dada la imposibilidad de cambio y control del sujeto, propias del modelo tutelar. Por otra parte, si se piensa que el consumo de drogas no es un proceso ascendente e inmodificable, se abre un abanico mayor de posibles intervenciones, tendientes a que los usuarios de drogas sean tratados con la alternativa terapéutica más conveniente, de acuerdo a la Ley 26.657.

2.2. La influencia del discurso “psi”.

María Vargas (2012) en “La Intervención comunitaria en el tratamiento de adicciones a sustancias psicoactivas” tomo la raíz etiológica del término “adicción” –Adictun: sin/dicho, dicción “lo no dicho”, que deriva del árbol latino adicco aludiendo a aquello que se le adjudica o asigna un valor que no posee en sí mismo. Concluye que la adicción se entendería como la urgencia de satisfacer aquello que no puede ser hablado (lo no dicho), y que en razón de ello se recurre a “algo” al que se le atribuye el valor de producir esa satisfacción, de cubrir la carencia. Se advierte que Vargas asigna mayor importancia a los aspectos vinculares para explicar la adicción. Vargas habla del “*consumo que consume a quien consume*”, refiriéndose a la problemática de adicción a sustancias psicoactivas, “*en donde la situación de dependencia o de relación que establece el sujeto con la sustancia es de tal magnitud que causa serios trastornos en la vida de quien lo padece*” (p. 1*44)*

Cuatrocchi (2008), tomando a Rascovsky manifiesta que se puede hablar de una carrera adictiva que comienza con el uso de drogas blandas y cerveza y termina con drogas duras[16] o inyectables. La idea de la carrera adictiva da cuenta del consumo en forma necesariamente ascendente, como problemática que se agudiza invariablemente.

La idea de carrera adictiva es cuestionada por algunos autores que piensan al uso de drogas como proceso, no necesariamente lineal y progresivo. Rossi, Pawlowicz y Singh (2007), en la investigación “Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario”, exponen que las trayectorias de los usuarios de drogas están definidas por la existencia de interrupciones en el consumo, retorno a los tratamientos, “recaídas” y otras situaciones que no hablarían específicamente de una linealidad y que confrontan con la representación social sobre los consumidores de drogas como “adictos de por vida.

La crítica a la idea de carrera adictiva se observa que el determinismo lineal está presente en esta concepción, así como la visión de los sujetos como incapaces, propia de los modelos tutelares que promueven intervenciones prohibicionistas y de encierro. En cambio, los discursos centrados en la red vincular de los sujetos trascienden esta mirada individual y lineal y permiten pensar en los determinantes del consumo de drogas como el marco legal, las características de las personas que la usan y el entramado sociocultural.

Los aportes desde la Psicología han influenciado los discursos de los trabajadores sociales a la hora de explicar el consumo relacionándolo con las características de las familias de los usuarios.

[16] Según Kornblit, Camaritti y Di Leo en: “Prevención del Consumo Problemático de drogas”, Material de estudio: Módulo 1: La Construcción Social de la Problemática de las Drogas, la clasificación de drogas blandas y duras (la primera remite al tabaco, al alcohol y la marihuana; mientras que las drogas duras serían la cocaína, la heroína y la pasta base entre otras) está cuestionada por minimizar la peligrosidad de las drogas blandas.

2.2.1. Las familias de los usuarios.

Cuatrocchi (2008)[17], caracteriza a las familias de los usuarios de drogas como deterioradas, con comportamientos transgresores, con ausencia o falta de delimitación de roles parentales. Los padres de los jóvenes usuarios de drogas alojados en una comunidad terapéutica tenían alguna adicción o eran consumidores habituales de drogas tanto ilegales como legales. Relata que los usuarios de drogas vivieron situaciones negativas, de abandono, de violencia, alternados en algunos casos con situaciones de sobreprotección en la infancia. Se advierte el protagonismo de la importancia de la dimensión familiar para la profesional, tanto a nivel de "tratamiento" como a la hora de analizar los factores que tendrían implicancia en el consumo de drogas. Así lo manifiesta respecto a los 'pacientes' que egresan de la comunidad terapéutica:

> *…en la mayoría de los casos el paciente, una vez que ha cumplido el plazo establecido para el tratamiento, debe volver a vivir en su casa, con la misma familia que lo enfermo, y sin haber logrado afirmarse en un proyecto laboral o escolar autónomo, con proyección hacia el futuro, exponiéndose seriamente a recaer en el consumo de drogas ante la reiteración de las situaciones psico-sociales que lo llevaron a convertirse en un enfermo adicto. (p.* 76)

Por otra parte, continua, el consumo de pegamento o alcohol que se observa en **los adolescentes de estratos bajos**, suele producirse en situaciones en que éstos se encuentran solos y angustiados, alejados de sus familias, huyendo de la violencia familiar. Es aquí que la autora resalta la idea de carrera adictiva, descripta anteriormente.

Cuatrocchi (2008) señala que habría una estrecha relación entre la dependencia psicológica y social no elaborada y la dependencia de las drogas. Cuanto más difícil es el paso de la adolescencia a la adultez mayores probabilidades habría que un joven recurra a las drogas "*para poder soportar una existencia carente de sentido*". La drogadicción podría entenderse para la autora, como un fracaso del intento de individuación del adolescente, a su vez estrechamente ligada a la estructura familiar en la que éste se desarrolla, y al contexto social.

La descripción que realiza Cuatrocchi de las familias de los jóvenes usuarios de drogas es congruente con la concepción de "familia disfuncional" propia de algunos aportes ligados a la Psicología Sistémica. Puentes[18](2005) explica que no sería estrictamente correcto hablar de familias de estructura toxicómana; en su lugar se podría hablar de familias con miembros y vínculos enfermos.

[17] Se tomó los aportes de Cuatrocchi ya que ella realiza una caracterización de las familias de los usuarios de drogas a partir de su experiencia profesional en una comunidad terapéutica, a la que alude su libro.

[18] Psicólogo y politólogo, es profesor de la Universidad de Buenos Aires; jefe de Toxicomanías del Centro de Salud Mental nº 3 «Dr. Arturo Ameghino»; coordinador del Programa de Lucha contra el Narcotráfico del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, al momento de publicar su trabajo.

Algunos psicólogos de perspectiva sistémica la llaman "familia disfuncional". Explican que de una familia disfuncional podría surgir cualquier tipo de patología mental, lo que no invalidaría que existan miembros sanos. La familia sería parte del problema de la adicción, cooperaría creando un producto. Si bien ella sola no lo podría definir, una vez creado lo retroalimenta. "*No se puede hablar de una estructura predeterminada de la familia del adicto, ni pensarlo a él como un mero síntoma emergente, pasivo de responsabilidad" (2005:114).* No obstante, Puentes refiere que sí se puede encontrar un conjunto de características, un perfil de familias patológicas que van cristalizando un cuadro de drogadicción en uno o varios miembros; a éstas las llama "familias tóxicas o intoxicante"; agrega que no hay una relación directa proporcional entre el grado de patología familiar y el nivel de dependencia del adicto a las drogas. El autor utiliza categorías de análisis psicológicas que incluyen lo intrapsiquico de cada uno de los miembros de una familia y lo extrapsiquico que tiene que ver con las cuestiones relacionales entre sus miembros.

Guerrini (2009) adhiere al enfoque sistémico; considera que éste posibilita una visión y una aproximación de los procesos familiares desde el uso de metodologías propias o de otras disciplinas adaptadas al Trabajo Social, a fin de lograr un mejor funcionamiento relacional y social. Con la intervención se tiende al cambio de conducta entre los integrantes de la familia. Guerrini toma la definición de Virginia Satir[19], quien clasifica a las familias en: conflictivas o con problemas; nutricias, reparadoras o relativamente libres de problemas[20]. Guerrini, desde estas definiciones, sostiene que las familias conflictivas crean personas conflictivas, situación que relaciona con problemas de delincuencia, enfermedades mentales, alcoholismo, drogadicción, entre otras problemáticas. Si bien, la profesional no escribe sobre el uso de drogas específicamente, si hace referencia a esta problemática y menciona desencadenates similares a los esbozados por Cuatrocchi (2008) y Puentes (2009).

Transcendiendo el foco puesto en las familias de los usuarios de drogas, es frecuente encontrar en aportes de trabajadores sociales [21] la idea de vulnerabilidad social para incluir en el análisis del problema de las drogas no sólo los aspectos económicos sino también considerar el acceso a la salud, a la participación en la sociedad, las posibilidades de crear un proyecto de vida entre otros elementos.

2.3. Visión social: El uso de drogas en tanto cuestión de clase social.

Algunos autores hacen hincapié en la posición de clase de los usuarios. Hay concordancia respecto al aumento del consumo de drogas, especialmente en

[19] Trabajadora social y terapeuta familiar.

[20] Por su parte Carballeda (2008d) refiere que una posibilidad de análisis a los cambios de las familias en la actualidad es la noción de estabilidad – inestabilidad, y no desde esquemas de disfuncionalidad.

[21] Carballeda, A. (2008c); Biessy, A. (2008).

las clases bajas. Asimismo, se ha advertido que éste aumento se asocia con situaciones socio-contextuales de los usuarios.

Aquí resulta interesante traer a colación una distinción de clase que realiza Cuatrocchi (2008), quien plantea que en los estratos medios y altos el inicio del consumo frecuentemente se asocia a la diversión; el descontrol que los jóvenes ligan al placer se alcanzaría más fácilmente bajo la influencia de drogas más estimulantes. Las clases sociales más acomodadas se encontrarían más protegidas por la misma estructura social, ya que tendrían mejores sistemas de salud y recursos varios que les permitirían mayores posibilidades de "recuperación". Agrega que el consumo habitual y la adicción a distintas drogas han tomado dimensiones de cuasi 'epidemia' en las clases más bajas, alcanzando más jóvenes a edad más temprana. Tomando a otros autores de la Psicología[22] manifiesta que este abuso sería como una conducta en retirada, una manifestación de repliegue de los grupos sociales que comparten las expectativas de la sociedad en general pero que no disponen de los medios para alcanzarlos. En palabras de la autora:

> *Esta retirada hacia el refugio que promete el consumo de sustancias psicoactivas se sostiene en la aceptación resignada de que el cambio no es posible, y ante una situación que resulta intolerable e inmodificable solo es posible retroceder hacia la irrealidad, hacia la ilusión como un refugio, y también, con la omnipotencia propia de los adolescentes, a un espacio donde lo anhelado es posible de ser alcanzado….Una vez que se aprendió a tomar la vida para dejarla como está, sin intentar ningún cambio, porque se juzga que ningún cambio es posible, y a buscar refugio en sustancias que facilitan la negación de una realidad que angustia, el campo queda abierto para otros mercados y otras sustancias. (p. 27)*

Esta actitud de retirada podría pensarse como dejar de luchar o intentar alcanzar los proyectos anhelados no logrados hasta el momento; "expectativas de la sociedad" a las que no llegarían los jóvenes por no contar con los recursos para ello. La autora piensa al consumo de drogas como un paliativo ante esta situación de frustración, y así se iniciaría el camino hacia la "epidemia".

Las referencias presentadas sobre la cuestión de clase a la hora de analizar el consumo de drogas nos invitan a pensar donde se sitúan los riesgos, sí en el sujeto y/o en el contexto, en coherencia con los aportes sobre el problema de la droga como construcción social, como un fenómeno con múltiples manifestaciones según el momento histórico-social.

[22] Cuatrocchi toma argumentaciones de Hugo Miguez, Doctor en Psicología, consultor e investigador de la epidemiología de los trastornos mentales y en la evaluación de programas preventivos y de tratamiento.

2.4. La Perspectiva socio-histórica.

En algunos documentos, se advierte la influencia de la Antropología en la definición de las drogas. Goltzman y Amorín (2012), presentan en su libro "Prácticas de trabajo en drogas" la definición de Oriol Romani –antropólogo, graduado en la Universidad de Barcelona - quien define a la "droga" como sustancias químicas que se incorporan al organismo humano con capacidad de modificar funciones de éste, como ser: funciones de percepción, conducta, motricidad, etc., pero cuyas consecuencias/efectos están condicionados por definiciones sociales, económicas y culturales.

Aquí vemos como la concepción del problema desde el Trabajo Social va trascendiendo el campo de la Medicina, e incorporan distintos aspectos a considerar que van más allá de los efectos en las funciones biológicas de las personas que hacen uso de las drogas. Retomar la concepción de Romani (1999), permite que desde el Trabajo Social, se refiera al problema desde la perspectiva médica pero sosteniendo que se trata de una práctica universal en la que se interrelacionan las sustancias, los sujetos y el contexto sociocultural, y que afecta a diversos aspectos de la vida cotidiana de las personas.

Desde una perspectiva cultural, se suele explicar que las sustancias psico-activas se han utilizado no sólo en la Medicina, sino en los cultos religiosos, desde los más lejanos tiempos (Cuatrocchi, 2008; Touze, 2006). También se menciona que, el consumo de entonces no tiene ninguna similitud con el consumo de drogas que se observa en las culturas urbanas de nuestras sociedades capitalistas. Estas apreciaciones coinciden con Romani (1999) quien advierte que, pese a que en todas las épocas y sociedades puede haber habido individuos que hayan tenido relaciones problemáticas con las drogas, en las sociedades contemporáneas el consumo ha aumentado de forma espectacular, tanto cualitativa como cuantitativamente, hasta llegar a adquirir características inusitadas.

Partiendo de la idea de uso de drogas como problemática social, algunos autores recalcan que el funcionamiento de la sociedad consumista favorece el consumo de sustancias psicoactivas. Cuatrocchi (2008) advierte que una sociedad que ha perdido la cultura del trabajo, que no ha podido crear un proyecto de futuro que incluya a todos, la propia vida y la de los demás no valdrían nada. En un sistema económico y social consumista, donde se valoran las relaciones de acuerdo al potencial beneficio económico que pueden tener, donde el consumo está asociado al éxito y la felicidad, no sería de extrañar que las sustancias que facilitan el placer y se constituyan en un recurso para olvidar los sentimientos desagradables de la vida, sean consumidas "impulsivamente" por quienes sienten que no pueden alcanzar esos objetos por sí mismos. Cuatrocchi concluye que "…*la raíz del fenómeno se encuentra en la entraña misma del sistema económico social en el cual vivimos, ya que en una sociedad consumista, éste es un consumo más"*. (p. 118). Asimismo, en otro apartado agrega que "*Para evitar que miles de jóvenes opten por recurrir a las drogas para enfrentar a la angustia, el vacío existencial y la falta de futuro, es*

urgente e imprescindible que la sociedad elimine las causas que la producen: la pobreza y las indignas desigualdades sociales" (p. 119)

El consumismo y el culto por la imagen serían algunas de las características de nuestra sociedad que influirían directamente en la predisposición a la adicción, concebida como un fenómeno bio-psico-social complejo donde los factores sociales son parte importante de sus manifestaciones.

> *La sensación de exclusión, de vulnerabilidad, de falta de oportunidades, de inaccesibilidad a los derechos básicos, acompañado esto de una fuerte fragmentación social, son algunos de los factores que afectan a aquellos individuos que carecen tanto de recursos materiales como simbólicos, permitiendo que en la actualidad se le otorgue a las sustancias otro sentido y que algunas personas establezcan con las sustancias otro tipo de relaciones, reemplazando aquello que se perdió. (Vargas, 2012:136)*

> *…la intervención en lo social dentro del campo de la drogadependencia requiere una inevitable mirada a la singularidad de la persona, lo que exige a su vez un mayor conocimiento del contexto, en tanto el problema puede ser considerado como un signo, una expresión del malestar, del desencanto de esta sociedad….bien se pueden entender a las adicciones como un modo de expresión que ésta sociedad ejerce y exige para formar parte, para ser incluido dentro de ella. Las drogas ingresan dentro de este amplio abanico de objetos que permiten silenciar el malestar y brindar goce absoluto y continuo. (Stehlik,2008:p.s/n*)

Stehlik (2008) agrega que las características sociales, tales como: las cuestiones económicas, la precariedad laboral, la cultura postmoderna, la globalización, son fenómenos vividos por todos pero el impacto particular en un sujeto, las características familiares, el lugar que ocupan en la estructura social varían de una persona a otra y esto explicaría porque el consumo o la adicción pueden instalarse en la vida de determinada persona y en otra no. Refiere que hay que pensar al tema de las adicciones como problemática del sujeto y de la cultura, lo que no se correspondería con las concepciones que hablan de la problemática de la sustancia, el combate a la droga, y que homogenizan sus causas y las consecuencias. Para dar cuenta de estas concepciones reduccionistas, tomó como ejemplo la vigencia de las representaciones de los consumidores como perversos, antisociales, narcisos, delincuentes, etc.

Para Estela Virgala (2001), Doctora en Trabajo Social, el consumo de sustancias podría pensarse como refugio; un "lugar" donde la persona ha encontrado respuestas que la propia sociedad no le dio.

> *…¿cómo pensar una prevención que resulte estratégica, y nos permita abarcar a aquellos sujetos sociales que no pueden contestar con un discurso construido desde sus propios intereses y que se refugian en las drogas, en el alcohol y en la violencia..... quizás no desee abandonar la droga pues en ella ha encontrado una respuesta que la sociedad no ha podido otorgarle. (p. 195-196)*

Carballeda (2008b) sostiene que los escenarios de la drogadicción serían lugares donde la precariedad, la falta de certidumbre respecto al futuro, constituirían padecimientos pocos visibles. La drogadicción podría ser una forma de expresión de ese desencanto, de ese escenario. Se trataría de un malestar que alejaría a los sujetos de los otros de su cultura, de los elementos constitutivos de su identidad. En esta misma línea que pensamiento, en otro capítulo del mismo libro titulado "La prevención en drogadicción", Carballeda (2008c) se pregunta si las drogas no se habrán convertido en un objeto más de consumo, aunque el resultado del mismo puede que sea temporario y engañoso. Así vista, la drogadicción sería una especie de síntesis, de concentración de lo que ocurre en toda la sociedad, por lo que cabría la pregunta si la drogadicción es una elección o un producto de la época en la que vivimos. La drogadicción sería un lugar desde donde sobresalen los rasgos de la sociedad atravesada por relaciones violentas, la fragmentación y los espacios de socialización generando nuevas formas de padecimiento. En la drogadicción se entremezclan una serie de cuestiones diversas, singulares, confusas que van más allá del consumo de determinada sustancia legal o ilegal. La drogadicción sería una más de las manifestaciones del desencanto, que se presentarían en forma singular pero que se relacionarían con el escenario en el cual se exteriorizan.

En los textos consultados se parte de la idea que el uso de la droga es un fenómeno con múltiples manifestaciones según el momento histórico-social y económico; es decir, es un "problema" que se construye social e históricamente, y la percepción social[23] que se tiene respecto a la problemática incide en las respuestas que la sociedad despliega e instrumenta para intentar controlar y contener ciertas situaciones que se dan al interior. Vargas (2012) sostiene que una problemática como las adicciones llega a constituirse como problemática social cuando es compartida, reconocida y legitimada como tal por toda la sociedad. El tema de las adicciones ya no sería un asunto privado, sino que se habría producido una transición que traspasa la esfera de lo individual para instalarse en toda la sociedad. [24]

[23]Vargas María (2012) entiende por percepción social al conjunto de creencias, opiniones, ideas y nociones que se tiene a una determinada situación y que son compartidas socialmente, lo cual no significa que sea una percepción totalmente homogénea. (p. 134)

[24] Si bien, Vargas pone el foco en lo vinculares a las hora de hablar sobre el uso de drogas, ello no implica que no incorpore elementos del contexto social en su análisis.

Algunos autores inscriben este pasaje en los procesos de control social. Se trataría de un pasaje en la conceptualización de una práctica integrada socialmente por siglos, que pasó a ser definida como desvío, y por ende controlada. Explican que con el tránsito a la Modernidad lo divino y la tradición dejaron de ser los valores imperantes que daban sentido a la existencia, produciendo rupturas en las formas de regulación colectiva, permitiendo la valoración de la subjetividad individual. Estos cambios socio-culturales permitieron empezar a pensar en el uso de drogas, ya no como una práctica social sino individual que será tiempo después, objeto de control social (Pawlowicz y otros, 2011)

El control sobre el uso de drogas es entendido como medio utilizado por la sociedad para asegurar la adhesión a sus normas. La forma en que se minimiza, elimina o normaliza el comportamiento desviado de los usuarios de drogas, es gestionado por el Derecho. La criminalización del uso de drogas ha estigmatizado a los usuarios alejándolos de los servicios preventivos y asistenciales (Pawlowicz y otros, 2011). Se sostiene que no sólo la mirada sobre el usuario y el consumo como problemática es una construcción social, sino que también los métodos utilizados como control social son reconocidos y legitimados por la sociedad.

2.4.1. Las representaciones sociales sobre la peligrosidad de los usuarios

Las representaciones sociales son imágenes que condensan un conjunto de significados. Como sistemas de referencia nos permiten interpretar lo que nos sucede, operan como categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; como teorías que permiten establecer hechos sobre ellos. Jodelet, en Rossi y otros (2007) refiere que son formas de conocimiento que se manifiestan como elementos cognitivos, imágenes, conceptos, categorías que conllevan elementos afectivos, culturales e histórico sociales. Las representaciones son socialmente elaboradas y compartidas; contribuyen a la construcción de la realidad, de ella surge y a su vez la produce. Es por ello que las representaciones sociales, en general y las que se relacionan con el uso de drogas en particular, deben ser entendidas a partir de su contexto histórico de producción. La cultura es su espacio de construcción y circulación. Son construcciones que se expresan como saberes cotidianos. Las representaciones sociales son constitutivas de lo social (y de allí radica su importancia tanto como elemento transformador como también, elemento de apreciación de determinado fenómeno); su construcción se relaciona con la identidad, la pertenencia social, como producto de un proceso de aproximación de la realidad exterior al pensamiento, en tanto elaboración psicológica y social de esa realidad (Carballeda, 2004).

Varios trabajadores sociales reflexionaron sobre la representación social de los usuarios de drogas como “peligrosos”.

Stehlik en su artículo “Adicciones: Una situación de compromiso. ¿Para quién?” (2008), manifiesta que el término adicciones acarrea un imaginario colectivo y un conjunto de representaciones sociales, tales como: flagelo de la época, jóvenes perdidos, adicción-delincuencia, etc. Explica:

> *…La figura del adicto…se encuentra reconocida, tipificada, es objeto de predicación y de cuidados sociales, en definitiva brinda una identidad capaz de soportar el enunciado de: soy adicto. La adicción como categoría social, consolida un ser, le otorga consistencia. Es una suerte de congelamiento de una identificación. El adicto como sujeto consciente acepta pertenecer a tal clase; cuando puede acepta, cuando no simplemente pertenece.* (p. s/n)

Bogliano en su artículo “No creo que la internación forzosa de los consumidores de paco sea la mejor respuesta” (s.f.) manifiesta que hay una construcción socialmente aceptada sobre la “peligrosidad de los adictos”, que impactan negativamente en los vínculos de los usuarios tanto con sus redes primarias como con los dispositivos de atención. Rossi y otros (2007) lo manifiestan de forma clara, haciendo alusión específicamente al área de la salud.

> *Las representaciones sociales acerca de los usuarios de drogas tienen efectos en las relaciones de los trabajadores de la salud con ellos, más allá de la formación académica específica que estos tengan del tema del uso de drogas. Las imágenes, estereotipos y prácticas que forman parte de esos saberes de la vida cotidiana tienen efectos en los vínculos y en los procesos de salud, enfermedad y atención.* (p.13)

Graciela Touzé (2006) menciona que las construcciones sociales del “problema droga” no necesariamente se corresponden con las características objetivas del fenómeno. Observa que en la constitución del fenómeno de las drogas es tan importante lo que es como lo que se cree que es, ya que algunas respuestas hacia el “problema” en sí no se basan en datos científicos. De esta manera no hay correspondencia respecto a lo que es y lo que socialmente se cree en relación a las drogas. Por ejemplo, menciona que se otorga relevancia a algunas sustancias por sobre otras consideradas menos dañinas. La mirada estaría puesta en la sustancia y no en la relación que el sujeto tiene con ella, simplificando así las prácticas del uso de drogas.

Bogliano (s.f.) advierte que para modificar seriamente los daños a la salud que sufren los usuarios de drogas se debe precisamente desarticular esa construcción social. Considerar las representaciones sociales al abordar el tema de drogas resulta fundamental, ya que forma parte de los saberes que

portan los actores que de alguna forma se vinculan con los procesos de salud, enfermedad y atención.

Bien para comprender como el uso de drogas terminó configurándose como problemática social o bien para deconstruir las representaciones sociales estigmatizantes sobre los usuarios de drogas, los trabajadores sociales suelen presentar la historia de la construcción del uso de drogas como problemática social.

Los cambios en las representaciones sociales sobre los usuarios de drogas en Argentina.[25]

Graciela Touzé (2006) manifiesta que el uso de drogas se constituye como problema social a fines de la década del '60, aunque en el plano internacional la preocupación por el "problema droga" se hacía evidente en ese período. Hasta entonces, en la Argentina la opinión pública no mostraba interés sobre el tema, se lo percibía como ajeno, algo que en el país no pasaba. Corda y otros (2014) plantean que en esa época las drogas ilícitas eran consumidas por determinados grupos restringidos de clases sociales acomodadas y principalmente eran usadas por ciertos personajes de la noche, y que pese a existir situaciones de consumo problemático no constituían un problema de envergadura. La visión que se tenía de estos usuarios se correspondía con los términos "vicioso-contagioso".

No obstante, avanzada la siguiente década, se comenzaba a perfilar estereotipos de los usuarios de drogas "…*su consumo se interpretaba como una señal de oposición a la sociedad. La imagen social del usuario de drogas era la de un sujeto 'peligroso para la seguridad', un joven contestatario que cuestionaba el orden establecido. El 'problema droga' comenzaba a transformarse en un problema político". (Touzé, 2006:52).*

Touzé (2006) refiere que es en la década de 1970, cuando se echaron las bases para la construcción social del proceso salud-enfermedad-atención de los problemas relacionados con las drogas. Se inició una disputa por el control de la atención; profesionales y ex adictos reclamaban su monopolio.

En concordancia con los argumentos que preceden, Galante (2011) manifiesta que a mediados de la década de 1970 se volvió hegemónica la representación social de los usuarios de drogas como personas autodestructivas e incapaces de cuidarse, personas que tenían una actitud de despreocupación hacia su salud, promoviendo respuestas preventivo asistenciales basadas principalmente en evitar el consumo de drogas, es decir, la abstinencia con la utilización de dispositivos de encierro como principal medida terapéutica. Con el advenimiento de la democracia y la política del gobierno sobre las drogas[26]

[25] Este apartado está construido con los aportes de Touzé y de la Asociación Intercambios, debido a que en el relevamiento realizado fueron únicamente quienes abordaron el tema en profundidad.

[26] Según refiere Graciela Touzé (2006) en su libro "saberes y prácticas sobre drogas": "*… a fines de 1984 el Departamento de Toxicomanías de la Policía Federal Argentina (PFA) fue reemplazado por la Dirección*

se fue perfilando la imagen del usuario distinguiéndose entre el adicto enfermo y el traficante delincuente. Esta representación contribuyó a crear el estereotipo del usuario de drogas como autodestructivo, estableciéndose un vínculo entre el consumo y la dependencia, considerándolo como irreversible. En definitiva, la transición democrática legitimó nuevos discursos preventivos, diversificó la oferta asistencial (organizaciones de la sociedad civil y organizaciones gubernamentales comenzaron a expandirse y a ocupar un importante espacio) y reavivó un debate legislativo pasando a ocupar un lugar relevante en la agenda pública la cuestión de la droga. En la década del '90 el discurso preventivo se modificó, primando contenidos paternalistas cuyos mensajes reforzaban la necesidad de tutela y control (Touzé, 2006).

Touzé, Goltzman, Amorin, Cymerman y Pawlowicz (2012), refieren que la definición del problema como delito-enfermedad es sostenida aun por diversos actores sociales, dificultando cambios en la formulación de políticas públicas, por lo que avanzar en una reforma legislativa sería necesario para promover discursos respetuosos de los derechos y de las garantías hacia intervenciones efectivas. Advierten que la construcción social de la droga en tanto desvío continúa operando desde la lógica sanitaria, la cura, y la lógica punitiva que conlleva el control. Para ellos, éstas dos lógicas son congruentes con la representación del problema como delito-enfermedad, y con intervenciones desde lo sanitario-punitivo.

En síntesis, puede decirse que, al perfilarse el uso de drogas como problemática, se comenzó a visualizar a los usuarios como rebeldes, cuestionadores del orden social. No obstante, al concentrarse el consumo inicialmente en clases acomodadas, no se lo visualizó como problemática de importancia, operando allí la cuestión de clase. Asimismo, el inicio de la oferta de dispositivos de atención a los usuarios se centró en una mirada individualista, ya que la "incapacidad" de cuidarse, la "autodestrucción", la "despreocupación hacia su salud" partieron del individuo sin que se hayan incorporado elementos contextuales, sociales que dieran cuenta del consumo. El uso de drogas paso de constituir una práctica privada a ser una práctica social prohibida y representada con ideas que contribuyeron a que se piense en los usuarios como portadores de componentes personales y sociales a ser modificados, ocultados, limitados, contenidos. La representación social sobre el uso de drogas connotado como algo necesariamente negativo, que recae tanto sobre la sustancia como sobre los usuarios, son parte indisociable de las respuestas de la sociedad para con la cuestión, basadas en el paradigma prohibicionista, desde el cual, coherentes con esas ideas se apunta a segregar y separar al usuario de la sociedad, privilegiándose así intervenciones que incluyen el encierro y la penalización.

General de Drogas Peligrosas…'El nuevo organismo comportaba dos departamentos: el Departamento de tráfico ilícito, con dos divisiones, una tenía por mandato elaborar las estadísticas, la otra buscar a los consumidores en la calle. El segundo departamento tenía por misión la prevención de la toxicomanía, con una división que se ocupaba de la propaganda preventiva y la otra de la formación profesional' (Aureano, 1998:s/n)". (p. 57-58).

Capítulo 3. Tensiones entre las distintas formas de pensar la intervención del Trabajo Social en relación al consumo de drogas.

Desde dónde se interviene, a nivel individual, grupal, familiar, comunitario, territorial? ¿Desde qué tipo de dispositivos?, ¿Cuáles son los propósitos de la intervención, para quién? Pero principalmente, qué ideas subyacen en la intervención?, cuales son las concepciones sobre el usuario y sobre la situación de consumo de drogas que sostienen los trabajadores sociales? Estas son algunas de las preocupaciones que relevé en este estudio y que generan el debate al interior del Trabajo Social.

La intervención desde el Trabajo Social no es un mero hacer; allí se juegan miradas epistemológicas y miradas de la teoría social que direccionan la interpretación del fenómeno sobre el que se interviene, y que delimitan el accionar (Aquin, 2013). La intervención profesional no es un episodio natural, sino una construcción en tiempo y espacio que surge desde diferentes actores, en el marco de una realidad histórico-social (Fuentes y López, 2014).

Al analizar las producciones de los trabajadores sociales sobre las intervenciones vinculadas al consumo de drogas, puede advertirse consenso en torno a la importancia del trabajo interdisciplinario. Hablar de este tema cobra especial relevancia si se tiene en cuenta la Ley de Salud Mental[27]. La problemática del consumo de drogas debe ser abordada desde las políticas públicas en general y las políticas públicas de salud mental en particular, en el marco de equipos que incluyan distintos saberes y diferentes disciplinas.

1. Abordaje Integral de la Salud

1.1. Complejidad del problema

El problema de las drogas se piensa como complejo[28], no sólo porque tiene múltiples dimensiones, sino porque se lo suele asociar a la interrelación de distintos procesos de padecimiento. Carballeda (2013:3) menciona esta complejidad con las siguientes palabras "*En la drogadicción se entremezclan una serie de cuestiones diversas, singulares, confusas que van más allá del consumo de determinada sustancia legal o ilegal*….(se) *conjuga una serie de cuestiones que se presentan en forma singular y se relacionan en forma directa con el escenario donde se exteriorizan*". Carballeda relaciona esta complejidad con la necesidad de implementar "políticas sociales complejas" en contradicción con las intervenciones desde parámetros preestablecidos.

[27] Véase página 15 y 16.

[28] Véase en el capítulo 2 los distintos discursos sobre el uso de drogas y la relevancia del problema.

Respecto a los determinantes sociales del problema de las drogas, varios trabajadores sociales (Calbiño, 2010; Rossi y otros, 2007), en base a la concepción de la salud-enfermedad como proceso social (Menéndez, 1988) reflexionan sobre las cuestiones socio-culturales que influyen en la producción de la enfermedad, las que están relacionadas con el abordaje integral de la salud, que no solo tiene que ver con el acceso a los saberes y servicios y sanitarios, sino también se relacionan con los contextos sociales que propician vulneración social en los ciudadanos y territorios: pobreza, contaminación ambiental, precariedad laboral y habitacional, etc.

1.2. Intervención interdisciplinaria en el uso de drogas

Considerando que el consumo problemático de sustancias es una problema social complejo, Kirchhoff (2015), trabajador social del Centro de Asistencia en Adicciones Carlos Gardel de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires [29], manifiesta que debe ser abordado con herramientas complejas; ninguna profesión por sí sola podría abordar su complejidad, sino que por el contrario es necesaria una complementariedad interdisciplinaria.

Stehlik (2008), explica la necesidad de intervenciones interdisciplinarias, respecto al problema del uso de drogas y remarca la importancia de los saberes de otros actores.

> *Desde la asistencia, la clínica, el problema adictivo* des*borda irremediablemente las capacidades de comprensión y de acción de las diversas disciplinas destinadas a trabajar en este campo. Esto implica que el trabajo interdisciplinario es una resultante casi obligada, como modo de intervención, más que una amplitud consensuada, elaborada e instituida entre las diferentes disciplinas que pueden formar parte de un equipo técnico. El agotamiento de las estrategias de intervención parcial o individual de cada disciplina ha llevado al pasaje de la omnipotencia (respuesta única porque las causas también eran únicas) a la impotencia, para luego pensar que con el 'saber del otro' quizás algo podemos hacer. (p. s/n)*

La interdisciplina no es una mezcla discursiva de los enfoques teóricos de diversas disciplinas. Lo interdisciplinar es válido como modalidad de abordaje común de un objeto empírico concreto, desde distintos puntos de vista teóricos. Según Aquin (2013), el trabajo interdisciplinario solo es posible si existen disciplinas que se ponen en contacto. El Trabajo Social en tanto disciplina apela a diferentes ciencias en el proceso de elaboración de sus teorías de intervención. La existencia de discursos teóricos que ofrezcan explicaciones

[29] Kirchoff, en el Centro Carlos Gardel, lleva a cabo actividades de prevención y atención primaria de la salud a niños, niñas y adolescentes en condiciones de alta vulnerabilidad social.

acerca de los objetos empíricos sobre los que intervenimos supone una ligazón orgánica y rigurosa con la acumulación teórica de las Ciencias Sociales e implica una organización de los insumos teóricos y adecuación a nuestro campo de intervención; esto es, la existencia de mediaciones entre las teorías explicativas de los fenómenos sociales y la experiencia de intervención para modificar dichos fenómenos.

Según Fuentes y López (2014), la idea de la interdisciplina en las Ciencias Sociales se revela como práctica/concepto un tanto impreciso; es mencionado ambiguamente y a veces al extremo de situar a la interdisciplina como única posibilidad de abordaje de los problemas sociales llamados "complejos"[30]. Esta tendencia no implica negar la existencia de márgenes de intervención conforme los espacios de las instituciones, las particularidades de los contextos o las situaciones singulares con las que se interviene en lo cotidiano. Conforme las autoras mencionadas, los trabajadores sociales suelen incluirse en equipos asistenciales con cierta extrañeza y distancia de los discursos dominantes en su interior. La demanda de su existencia en tales equipos se relaciona con la necesidad de generar mejoras en las condiciones reales de existencia de los usuarios. En el ámbito institucional, la interdisciplina suele usarse para significar el acuerdo/reconocimiento entre profesionales, para delimitar dominios de rutinas, competencias, saberes, actividades. La interacción y modalidad de trabajo no tiene como eje la problematización de las construcciones disciplinares singulares que surgen a partir de un referente empírico compartido. La interdisciplina es un posicionamiento, se trata de producir algo nuevo que no estaba previamente en las disciplinas participantes; implica un trabajo específico de producción, se requiere una actitud de cooperación recurrente; la interdisciplina no reemplaza las disciplinas, las supone. Nace de la dificultad de abordaje de los problemas que se presentan actualmente, los cuales aparecen como demanda compleja y difusa que dan lugar a prácticas sociales contradictorias e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos.

En relación a la necesidad de intervenir interdisciplinariamente, a la complementariedad de distintos saberes, pero más aún, traspasando las barreras de las disciplinas y arribando a un "saber colectivo" donde es importante el conocimiento y los saberes de los propios usuarios de drogas, Pawlowicz y otros (2011) expresan que:

> *El uso de drogas es una práctica compleja que requiere de la integración de saberes provenientes de distintas disciplinas y de la experiencia y los saberes de los usuarios de drogas. Estos tienen un conocimiento específico sobre las prácticas de uso de drogas y sus sentidos, sobre los códigos que comparten los grupos de usuarios y sobre las prácticas de las instituciones hacia ellos. Por ello, en la tarea de articulación interdisciplinar,*

[30] Véase en apartados anteriores a distintos autores referirse sobre la necesidad del trabajo interdisciplinario: Kirchhoff (2015) habla de la necesidad de una complementariedad disciplinaria. Stehlik (2008) manifiesta que el trabajo interdisciplinario es una resultante casi obligada.

> *el conocimiento acerca de la pertinencia de las estrategias de atención no es patrimonio de una disciplina en particular, sino que se va definiendo en torno a la de un saber colectivo. (p.182)*

En congruencia con estas ideas, Victoria Gracia, en Goltzman y Amorin (2012), integrante del equipo abordaje territorial "La Esquina"[31], de Bariloche, Rio Negro, habla de un trabajo realizado por distintas especializaciones e incluiría al sujeto en el armado de las estrategias. Se caracteriza por ser una inserción territorial en articulación con distintas instituciones.

> *…el dispositivo fue algo novedoso y al principio poco aceptado, porque plantea un modelo diferente de atención. Incluye en el armado de estrategias al sujeto usuario de drogas, concibe a la problemática como social, nos involucra a todos los actores sociales…y las figuras del psiquiatra, psicólogo o médico se van sumando en aquella estrategia que lo requiera. No para todos los usuarios se van a necesitar los mismos recursos profesionales ni materiales, o las mismas estrategias. (p 12)*

En estos documentos se considera que los sujetos pueden participar en la definición de las estrategias de intervención; desde ese lugar es necesario traspasar lo disciplinar para pensar la integración de conocimiento interdisciplinar con el que tienen los sujetos sobre las prácticas de uso de drogas o sobre los condicionantes de la vida cotidiana. Ello sería un imperativo ya que la intervención llevada a cabo está relacionada con un objeto cuya existencia es inseparable de las creencias, ideologías y conocimientos que la hacen existir y que son parte del proceso de construcción de esa realidad, al ser parte de los esquemas de representación y percepción estructurados, que son estructurantes de la práctica social y de los modos de describirla (Grassi, 2012)

En general, los trabajadores sociales piensan el uso de drogas como un problema sanitario, que debe abordarse con un enfoque interdisciplinario. Consideran que la construcción de conocimiento sobre el problema debe incorporar aspectos socioculturales y económicos tanto como el análisis de los elementos distintivos del territorio, la comunidad, la familia y del sujeto que usa drogas.

2. Intervenciones de la salud entendida como proceso social y la importancia de la singularidad.

El proceso de salud/enfermedad/atención en tanto hecho social que determina padecimientos y formas de pensar y responder ante los mismos nos remite a la cuestión de la singularidad, ya que la enfermedad es padecida por un sujeto,

[31] Desde el Dispositivo "La Esquina" se trabaja con adolescentes y adultos.

constituido por el contexto socio-cultural en el que vive y las expresiones de éste contexto tomarán forma singular en él.

La enfermedad en tanto proceso social que considera las cuestiones socio-culturales, se opone a las visiones unicausales de la salud. La sociedad no es pensada como la sumatoria de los sujetos, sino que éstos son expresiones de ella, expresiones no uniformes, ni descontextualizadas, si no singulares. Ello permite comprender la relación de la singularidad y la sociedad; esta relación es estudiada desde la Epidemiologia Social[32] desde donde se piensa las interacciones de lo individual con los procesos sociales y culturales más amplios. El énfasis no está puesto en lo individual, no obstante, no por ello el sujeto y su singularidad es desconsiderado.

Respecto a la singularidad y pensando en la intervención profesional, Carballeda (2013) en "Drogadicción, problemáticas sociales complejas y políticas públicas" refiere que las intervenciones desde la singularidad tal vez no traten de construir un nuevo sujeto, sino de construir una respuesta posible que reduzca los padecimientos, con estrategias de recuperación de identidades y futuros; esto sería, una recuperación de derechos, habilidades y capacidades. La intervención implicaría una necesaria mirada desde la singularidad donde cada historia reciba un abordaje distinto, o sea, un proyecto de intervención singularizado.

Estas ideas pueden plasmarse en la intervención. Victoria Gracia, en Goltzman y Amorin (2012), explica que en "La Esquina", el dispositivo territorial en el que trabaja, se realizan actividades comunitarias que parecieran no tener que ver con el trabajo terapéutico o con los usuarios de drogas, porque esas actividades inespecíficas responden a las necesidades de las personas que participan en ellas involucrándolas en el armado de estrategias. El dispositivo articula el accionar de grupos operativos de ayuda mutua con el trabajo de los operadores de las redes del barrio y de instituciones en las actividades comunitarias que desarrolla. Gracia resalta la importancia de considerar en las intervenciones la singularidad de los usuarios de drogas. Agrega que no todos los usuarios de drogas van a necesitar los mismos recursos profesionales, los mismos recursos materiales, los mismos tiempos, o las mismas modalidades de abordar la cuestión del consumo.

Pensar en la singularidad en términos de intervención profesional es comprender la posibilidad instituyente de los sujetos, con sus potencialidades y condicionamientos, de ser no solo productos sino también productores de su historia. Implica pensar a los sujetos desde el entrecruzamiento de aspectos universales, particulares y singulares. Lo universal estaría relacionado con la condición de seres humanos, con derechos y capacidades; lo particular comprendería las condiciones sociales de existencia, la pertenencia, su modo de vida, la historia socio-familiar del sujeto; y lo singular tendría que ver con la individuación del sujeto, su configuración subjetiva en tanto ser único e irrepetible (Cazzaniga, s.f.)

[32] Véase página 12, 13 y 23.

Los modos técnicos respecto a la intervención profesional y los saberes que se ponen en juego respecto a los problemas comprendidos en el campo de la salud requieren de una referencia a la realidad social, a los valores de salud y enfermedad de los individuos y de los grupos humanos, realizando un recorte subjetivo de la problemática e instituyendo prácticas reguladas. Asimismo, desde éstas prácticas del sector de la salud, instituidas y reguladas, se concibe a la salud como parte de las condiciones generales de bienestar, estrechamente unidas a las condiciones sociales de vida (Galende, 1990), que incluyen el acceso a los servicios en general y, específicamente a los servicios de atención de la salud.

3. Diferentes intervenciones con usuarios de drogas

A partir de la lectura de los documentos analizados, puede advertirse a muy grandes rasgos, diferentes tipos de intervenciones que se llevan a cabo desde una variedad de dispositivos (ambulatorios, de alojamiento en instituciones especializadas y en programas territoriales) en distintos niveles: comunitario, grupal, familiar e individual.

En este sentido, Rossi y Goltzman (2012) describen niveles en los que se pueden realizar acciones para mejorar la atención integral de las personas que usan drogas, a saber: el nivel de atención individual, el nivel de atención territorial y el nivel de incidencia política e institucional. El primer nivel se refiere a las acciones que se destinan a un sujeto en concreto. El desarrollo de las acciones requiere de articulaciones con otros actores, no obstante, el destino final de las mismas es un sujeto individual. El nivel de atención territorial corresponde a las acciones que pretenden intervenir en lo grupal- colectivo, influenciar las normas grupales de riesgo o cuidado de las poblaciones, o instalar servicios que tiendan al bienestar de la población. Su puesta en marcha suele interpelar las representaciones sociales existentes en el territorio respecto al uso de drogas y respecto a los usuarios. Y el nivel de incidencia política e institucional está relacionado con las acciones que se desarrollan para influenciar y modificar las políticas públicas sobre drogas. Las autoras aclaran que estos niveles se presentan complejamente interrelacionados. "*Para desarrollar acciones eficaces hacia los sujetos y los grupos es necesario que estas acciones se integren con otras que, aunque se inicien desde otras áreas de política pública, compartan y atiendan a la misma población objetivo*" (p. 41)

Las instituciones llevan a cabo formas particulares de relación de los actores que participan en ella, instituyendo funciones y prácticas. El lugar físico en algunas instituciones es esencial para organizar las relaciones de conocimiento, poder y jerarquía (Galende, 1990). En una misma institución pueden coexistir distintos dispositivos, aunque suele haber alguno preponderante. En estos casos, pueden presentarse tensiones entre ellos, a veces difíciles de compatibilizar.

Centrarnos en los dispositivos permite distinguir prácticas específicas en relación al tema del uso de drogas. Coincidentemente con Pawlowicz y otros (2011:176-177):

> *Los dispositivos están construidos por una pluralidad de individuos, con uno o varios objetivos comunes, y se despliegan en un tiempo determinado, un espacio dado, y con una inscripción institucional. Se implementan para una cierta población e implica la utilización de diferentes formas de encuadre de trabajo, requisitos y normas de funcionamiento, horarios, formas de contener, de escuchar y de orientar. Por lo tanto, en una misma institución pueden coexistir distintos dispositivos.*

Pawlowicz y otros (2011) describen los distintos dispositivos de atención por uso de drogas como heterogéneos y sustentados en saberes y teorías distintas e incluso superpuestas, que dan origen a diferentes prácticas. En base a la caracterización de modelos de atención en salud del antropólogo Eduardo Menéndez (1990), los engloban en tres grande grupos:

- Aquellos basado en el Modelo Médico Hegemónico, cuyo ejemplo es el hospital psiquiátrico, que se caracteriza por su racionalidad científica, el sostenimiento de prácticas principalmente individuales orientadas a la curación y el predominio de los factores biológicos en la comprensión del padecimiento mental. Los hospitales psiquiátricos tienen una lógica de encierro que de prolongarse produce una desubjetivación de las personas internadas y una homogeneización de los aspectos de la vida de los sujetos, los cuales irían perdiendo su identidad.
- Los que se sustentan en el modelo alternativo subordinado, comunidades terapéuticas y centros de orientación religiosa. En este modelo se llevarían prácticas que concebirían a la salud en forma global, cuya eficacia terapéutica está condicionada por la eficacia simbólica y la sociabilidad. En general, intentan modificar los hábitos y comportamientos de las personas que usan drogas, a través de una nueva socialización que les permitiría vincularse de un modo más saludable con su entorno y sostener la abstinencia.
- Dispositivos basados en el modelo de auto atención en el que el diagnóstico y la atención son realizados por sujetos que padecen o padecieron el mismo problema de salud. Según Pawlowicz y otros (2011) la experiencia de los participantes se volvería fundamental para promover la superación de la adicción en los usuarios de drogas.

Pensar en los modelos de atención de la salud planteados por Menéndez es una vía posible de clasificación de los dispositivos. En este trabajo los tomaré parcialmente para construir otra clasificación que refiera específicamente a la descripción de los dispositivos efectuada por los trabajadores sociales en

textos producidos por ellos (en forma individual o en colaboración) y que fueron relevados en este estudio; ello excluye a dispositivos que no hayan sido mencionados en estos documentos. De este modo y aclarando que la distinción presenta un alto grado de generalización, presentaré el discurso de los trabajadores sociales sobre la intervención en dispositivos con perspectiva biomédica, dispositivos con impronta psicológica y dispositivos territoriales.

3.1. Dispositivos con perspectiva biomédica: El Trabajo Social en los Hospitales Psiquiátricos.

Los dispositivos con perspectiva biomédica pueden ser de tipo ambulatorios o residencial, lo que implica la permanencia de los usuarios de drogas durante gran parte del día en instituciones especializadas. Aunque tienen características diferentes, en ellos el tratamiento está basado en la medicalización de los usuarios y sus estructuras institucionales suelen ser rígidas, cuyo trabajo es sistemático e individual. A continuación presentamos los aportes de algunos autores que nos hablan del trabajo profesional en el marco de este tipo de dispositivos.

Según Bertagni (2011) las instituciones psiquiátricas se utilizan para la atención de cuadros por abuso y dependencia de drogas. Los tratamientos con psicofármacos apuntan a la estabilización y desintoxicación. Las profesiones alrededor de las cuales se planifican las intervenciones están relacionadas con la Medicina: médicos, psiquiatras, enfermeros; el resto de las disciplinas participantes son consideradas auxiliares. Bertagni sostiene que el Hospital Psiquiátrico es un dispositivo que tiene muchas falencias principalmente por la falta de apoyo y acompañamiento individualizado a las personas allí internadas. Otros de los aspectos negativos que advierte el autor es el alcance limitado de los tratamientos psicosociales (o bien su carencia) en este tipo de hospitales, como también, el hecho de que las relaciones entre los usuarios de drogas y los profesionales es vertical dificultando que los mismos puedan expresar su opinión sobre los tratamientos que realizan y las cuestiones relacionadas sobre su vida cotidiana durante su internación. Considera que la participación de los trabajadores sociales en este tipo de dispositivos no es relevante, en términos de proposición de estrategias de atención a nivel social, ni tampoco en cuanto a los aportes al interior del equipo interdisciplinario. Así lo expresa (2011:54):

> *Las críticas que residen en estas instituciones son debido a la incapacidad de dar respuesta luego de un cuadro agudo, fracasando el alta o quedando el paciente internado de forma indeterminada, siendo nociva su condición y fracasando su rehabilitación.*
>
> *Específicamente en adicciones no logran dar las respuestas necesarias desde un enfoque integral. Ya que centra el tratamiento en el síntoma (el consumo y sus consecuencias psicorgánicas) y no en otras cuestiones que también lo atañen (dimensiones psicológicas, sociales, familiares, laborales).*

En coherencia con los aportes de Bertagni (2011), Galante, Pawlowicz, Goltzman y Ralón (2011) a raíz de un estudio descriptivo y cualitativo en el cual participaron 50 especialistas en el consumo de drogas, refieren que para éstos, el hospital psiquiátrico no es el dispositivo más adecuado para el tratamiento del uso problemático de drogas, debido al encierro y aislamiento de los usuarios. Las limitaciones del dispositivo tendrían que ver con que la atención está dirigida a la abstinencia mediante un tratamiento de desintoxicación, soslayando los procesos sociales, vinculares y subjetivos del surgimiento de los problemas relacionados con el consumo de drogas. Si bien los especialistas consultados coinciden en la importancia de la abstinencia como primer paso del proceso de atención, sostienen que es sumamente importante la articulación con otros servicios.

Los dispositivos tradicionales de intervención como ser los hospitales psiquiátricos, entre otros, tienen como contexto de actuación a la institución misma. La recuperación de la adicción es entendida como la inexistencia de consumo, la abstinencia. La prácticas están orientadas a la curación haciendo énfasis en los aspectos biológicos. Algunas intervenciones incluyen la internación. Estos dispositivos son coherentes con el modelo prohibicionista; el usuario de drogas es concebido como enfermo e incapaz de tomar decisiones sobre su vida.

El trabajador social se desempeñaría en estos dispositivos acompañando al usuario de drogas y en ocasiones a su familia en el tratamiento médico procurando su cumplimiento, la adhesión a las reglas institucionales; gestionando programas asistenciales que se relacionan con el tratamiento (gestión de medicación) o con el alojamiento (gestiones sobre la vacante en la institución), participando en derivaciones o admisiones a determinada institución/programa, informando a instancias judiciales, es decir, sus funciones son auxiliares del abordaje biomédico.

Ello es coherente con la idea de Fuentes y López (2014), quienes plantean que en los equipos asistenciales a los trabajadores sociales se les demanda mejoras en las condiciones de existencia de los sujetos. Asimismo, pensando a la interdisciplina como se esbozó en puntos anteriores, en el hospital psiquiátrico, analizado desde los autores consultados, el trabajo interdisciplinario sería difícil de construir, debido al predominio de la Biomedicina sobre las otras disciplinas.

3.2. Dispositivos con impronta del discurso psicológico: El Trabajo Social en las comunidades terapéuticas

A principio de la década del ´90, las Comunidades Terapéuticas se constituyeron en una importante oferta de tratamiento residencial por el uso de drogas, alternativa a la atención tradicional basadas en la Biomedicina (Galante

y otros, 2013). Para Di Carlo, Guzmán y Bello [33] (1999), la Comunidad Terapéutica se puede definir como un sistema de convivencia estructurado, que tiene como fin la superación de los problemas sobre el consumo de drogas de quienes residen allí.

Existen diversos dispositivos llamados "Comunidades Terapéuticas"; en general intentan modificar la personalidad de los usuarios que los predispondría al uso de drogas, a través de una nueva socialización con otra forma de vinculación con personas significativas. La nueva socialización es posible a raíz de experiencias afectivas al interior de la comunidad y también, por el respeto a las reglas que rigen la institución; de esta forma, el usuario modificaría hábitos y comportamientos, posibilitando vincularse mejor con su entorno y sostener la abstinencia (Pawlowicz y otros, 2011).

Según Galante, Pawlowicz y Goltzman (2010), las diversas propuestas asistenciales que se presentan bajo el nombre de Comunidades Terapéuticas, se organizan en tres fases: admisión, comunidad terapéutica y reinserción social. Las mismas ofrecen un espacio de resocialización a los usuarios de drogas, quienes vivencian una fuerte experiencia afectiva e internalizan las normas de la comunidad. Para Gregori (2005), psicólogo, la comunidad terapéutica es un ámbito de simbolización; las actividades grupales tienen como eje el diálogo y la escucha.

Cuatrocchi [34] (2008), explica que el sujeto que usa drogas de modo problemático tendría una predisposición al consumo de drogas, incluso luego de egresar de la comunidad terapéutica. Sostiene que, la persona que padeció una adicción puede recuperarse, pero no curarse en sentido estricto de la palabra, ya que debe cuidarse el resto de su vida, debido a su predisposición al consumo de drogas. Según esta postura psico-biológica, la mente y el cuerpo del usuario recordaría las drogas siempre. En su discurso aparece la idea de recuperación, re-habilitación. Implica recuperar actitudes o capacidades que el sujeto ha tenido, pero ha perdido, y que se consideran fundamentales para integrarse a la sociedad nuevamente, fuera de la institución.

En la comunidad terapéutica, el contexto de intervención es la institución misma, ya que es un sistema de convivencia residencial. Ello no significa que no se trabaje con el "afuera", por el contrario, éste es necesario para pensar en la reinserción social del sujeto allí alojado.

Di Carlo, Guzman y Bello (1999) manifiestan que el Trabajo Social, en un encuadre de Comunidad Terapéutica se trabaja el aspecto vincular del usuario de drogas. Su objetivo es rehabilitador de los modelos actitudinales y vivenciales con los que llegan los jóvenes consumidores a la institución ya que habría un componente que des-habilitaría a la persona proveniente de sus

[33] Di Carlo, Guzman y Bello realizan sus aportes a partir de la experiencia profesional en el Servicio Social del Programa Centro de Convivencia Terapéutica Tekove-Roga del Consejo Nacional del Menor y la Familia, Rio de Luján, Buenos Aires, año 1999.

[34] Cuatrocchi presenta sus aportes desde su experiencia en una Comunidad Terapéutica de Buenos Aires, en donde trabajó con jóvenes con problemas de drogadicción.

núcleos familiares. Explica que los usuarios de drogas "*han crecido en núcleos familiares convivenciales altamente disfuncionales, por pobreza o ausencia de modelos organizacionales de las funciones psico-sociales básicas para el desarrollo de la auto estima y la capacidad vincular*" (p.77). De modo tal que el trabajo con las familias de los usuarios de drogas resulta indispensable. La idea sería recomponer la comunicación entre el "residente" y su familia o "referente valido". Se advierte que el dispositivo busca la resocialización del sujeto, característica propia de los modelos tutelares con fines controladores, normalizadores dirigidos a la población de "menores" desvalidos.

En la investigación anteriormente mencionada, Galante y otros (2010), exponen que varios especialistas consideraron que la mayoría de las familias de los usuarios de drogas alojados en las Comunidades Terapéuticas eran "disfuncionales", que tenían dificultades para poner límites contribuyendo a que sus hijos **adolescentes** no pudieran controlar su conducta.

La categorización de la familia de los usuarios de drogas como "disfuncional" es coherente con los aportes de la teoría psicológica Sistémica.[35] Se advierte sobre la importancia que se le otorga desde esta perspectiva, a las características familiares como determinantes del consumo de drogas de uno o más integrantes. La idea de alejar al "paciente" de su lugar de pertenencia está relacionada con alejar al sujeto de su familia mientras se trabajan sobre elementos de su personalidad y características de su núcleo primario. Al igual que desde el modelo tutelar, las condiciones personales de los sujetos justificaron una política de aislamiento con fines rehabilitadores y en defensa de la sociedad frente a los peligros.

Asimismo, en este tipo de dispositivos se observa que la pretensión del trabajo interdisciplinario, en tanto producción de un saber que parta de las distintas disciplinas participantes, se dificultaría debido a la adhesión por parte del trabajador social a los discursos predominantes provenientes, en este caso, de la perspectiva psicológica sistémica. No obstante, ello no significa, que el trabajador social no realice aportes desde su especialización en las comunidades terapéuticas.

3.3. Dispositivos socio-territoriales.

Los modelos basados en abordajes socio-territoriales y comunitarios buscan relacionar los aspectos de la salud con dimensiones estructurales y experiencias subjetivas. Tienden a profundizar paradigmas desde las Ciencias Sociales, la Salud Colectiva, la Medicina Social y la promoción de la salud integrando estas perspectivas, pero enfatizando el trabajo comunitario (Camarotti y Kornblit, 2015). Asimismo, desde estos dispositivos se puede articular con otros, pero desde un trabajo territorial.

[35] Véase páginas 25, 26 y 27.

Goltzman (s.f.) refiere que en los años recientes existe mayor interés en la dimensión territorial del problema de las drogas. Define al territorio como "*…esa dimensión geográfica-espacial de las relaciones sociales, de los sentidos, de las identidades construidas a partir del modo en que los sujetos ocupan y usan 'ese' territorio" (P.1).* El abordaje territorial estaría relacionado con lo comunitario; y la comunidad en un sentido básico, desde esta perspectiva remite a "lo común" a lo que no es privativo de uno solo sino que es compartido con otros; o sea, a las relaciones construidas en el territorio.

El abordaje territorial-comunitario se presentaría como algo distinto a las intervenciones que tradicionalmente se realizan respecto al consumo de drogas. Goltzman (s.f.) refiere que está habiendo un desplazamiento del abordaje institucional al territorial, y ello se debería a la propia complejidad de los problemas que se enfrentan, a la saturación o desborde de las respuestas tradicionales, cuestiones vinculadas a las barreras de accesibilidad, no sólo a nivel geográfico y económico sino también respecto a la eficacia de algunos discursos terapéuticos en contextos de pobreza. Explica que el centro de las prácticas territoriales es el contexto mismo y que en el territorio las barreras disciplinares se desdibujan. La agenda es diseñada por la misma dinámica del territorio. Que el contexto de intervención sea el territorio no excluye intervenciones a nivel individual y familiar, por el contrario, desde el territorio es posible la articulación entre diferentes niveles de intervención.

Goltzman (s.f.) entiende al trabajo en territorio como un escenario de disputas y conflictos que requieren ser enfrentados para poder cambiar el estado imperante sobre el uso y los usuarios de drogas. Hay formas simbólicas y discursivas que operarían contribuyendo al mantenimiento del orden de cosas respecto a las drogas, como ser: la idea del usuario como incapaz, despreocupado, de personalidad autodestructiva, etc. El territorio sería el espacio para intervenir en la transformación de ese orden. Desde el territorio sería posible asistir y prevenir al otro, no solo de las drogas, sino de los discursos que obstaculizan las posibilidades de crear nuevas formas de relación.

Retomando la idea de las posibles articulaciones entre diferentes niveles de intervención desde el trabajo en territorio, se presentará algunas experiencias expuestas por trabajadoras sociales desde una perspectiva comunitaria, aunque llevada a cabo en instituciones con predominio de la Biomedicina.

En relación de los dispositivos de abordaje respecto al consumo de drogas, se retoman aportes de Vargas (2012), profesional que analizó un tipo de intervención desde un Centro de Atención a las Adicciones (CPA), el cual forma parte de una Red Preventiva Asistencial de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Bs. AS. Esta institución trabaja con metodología de asistencia terapéutica y organización institucional estructurada, y a la vez realiza intervenciones desde una perspectiva comunitaria. Ello daría cuenta de la posibilidad de coexistencia

de distintos dispositivos de atención en el CPA, aunque con predominio de la perspectiva Biomédica.[36]

Vargas relata que la Institución asistía a personas afectadas por las adicciones por medio de un equipo interdisciplinario, cuyo objetivo no solo sería brindar asistencia terapéutica sino también participar en espacios comunitarios vinculados con la promoción y prevención de las adicciones, por ejemplo: un grupo de mujeres que se reúnen semanalmente para analizar las problemáticas sociales del barrio, entre ellas el consumo de drogas. Desde la comunidad se intervendría propiciando espacios de prevención inespecífica, los cuales apuntarían al desarrollo de actitudes de cuidado y de condiciones globales más saludables.

Para analizar la posibilidad de propiciar instancias de prevención del consumo de drogas desde la comunidad[37], Vargas (2012:136) introduce la idea de comunidad como sujeto de acción preventiva. Toma el concepto de prevención de Hugo Miguez, quien la define como al conjunto de acciones que tienden a "*anticiparse, actuar para evitar algo que no queremos que pase. Es conocer con anticipación un daño o perjuicio, para intentar evitarlo".* De ahí que la autora concibe a la prevención en el tema de las adicciones como un conjunto de acciones tendientes a promover la salud de las personas, reduciendo la probabilidad de que aparezcan problemas relacionados con el consumo de drogas.

Si se conjuga las nociones de abordaje desde una perspectiva comunitaria y la idea de prevención inespecífica en relación al consumo de drogas, se podría decir que para evitar el consumo problemático sería necesario intervenir en la formación de actitudes y comportamientos, promoviendo acciones tendientes al auto cuidado y el mejoramiento de las relaciones interpersonales. Estas acciones tendrían como presupuesto que si se disminuyen las situaciones de conflicto tanto individual como grupal se disminuiría el consumo de drogas en conjunción con otras problemáticas. Las intervenciones derivadas apuntarían a disminuir el consumo, pero también a abordar problemas personales y familiares (Touzé, 2006).

El enfoque de prevención inespecífica unido a la idea de la promoción de la salud, considera a la salud como un recurso para la vida. Se trata de un concepto positivo que pone énfasis en los recursos sociales y personales, y no en las condiciones físicas de los sujetos (Camarotti y Kornblit, 2015)

[36] Vargas realiza aportes desde su experiencia de prácticas pre-profesionales en un CPA, en el cual ha observado y participado en diversas actividades, como ser, actividades desarrolladas en una juegoteca de un centro comunitario, en cooperativas, en un centro de noche de niñas y adolescentes, en lugares donde se dicta apoyo escolar a la comunidad, entre otras.

[37] El término "Comunidad" en este contexto designaría a "*un grupo social dinámico, histórica y culturalmente construido y desarrollado, preexistente a la intervención preventiva, que comparte intereses, objetivos, necesidades y problemas, en un espacio y un tiempo determinados y que genera colectivamente una identidad, así como formas organizativas, desarrollando y empleando recursos para lograr sus fines*" (Vargas, 2012:137)

Concluyendo el análisis que realiza Vargas (2012) del área social de las intervenciones de los CPA, enmarcándolas en lo que podría llamarse un **abordaje comunitario**, se reproducirá algunas de sus conclusiones:

> *….las Políticas Públicas de atención a las adicciones que se están implementando en la Provincia de Buenos Aires en la actualidad, si bien dan respuesta a la atención de la problemática de adicción, se tornan insuficientes si no están articuladas con acciones que promuevan la accesibilidad de la población a derechos básicos como ser la educación, el trabajo, la salud, y vivienda y este compromiso debe estar asegurado por todas las demás instancias gubernamentales, implementando políticas que permitan la inclusión social, para que de esta manera se puedan dar respuestas integrales a dicha problemática. (p.144)*

Por su parte, Candil (2012) esbozó reflexiones sobre el trabajo profesional que realizó en una institución ambulatoria, en un dispositivo público de abordaje sobre el uso de drogas. En dicho dispositivo, la modalidad de abordaje se basó en dos estrategias distintas pero complementarias: tratamientos terapéuticos e intervenciones comunitarias. Dentro de las tareas que se encuadraban en este último tipo de estrategias menciona: la realización de un diagnóstico sobre las condiciones de vida en los diferentes barrios del área programática de la institución, la realización de un mapa de instituciones sanitarias y educativas del barrio, etc.[38] En relación a la realización de tratamientos terapéuticos, la profesional realizó entrevistas a los familiares de los sujetos que se atendían allí, dando prioridad a aquellas familias cuyos usuarios de drogas no asistían a la institución. Comenta Candil que, a partir de este acercamiento las familias comenzaban a vincularse con la institución y a participar de grupos de familiares y/o de jornadas recreativas.

Nuevamente se observa la importancia que presentan las intervenciones que ponen el acento en los recursos sociales y personales de los sujetos involucrados en el uso de drogas, tanto para prevenir la aparición de problemáticas relacionadas, como para abordar el consumo problemático.

La tarea contribuyó a instalar el tema de las drogas en las instituciones de la comunidad. También trabajó en la promoción del acceso a instituciones estatales sanitarias y educativas. Candil reflexiona al respecto "*Las intervenciones sociales comunitarias sobre los usos de drogas son no solo insuficientes sino también pobres si se tienen en cuenta las condiciones que producen la necesidad de éstas intervenciones". (*2012:182)

[38] Candil realiza sus aportes a partir de su experiencia profesional, desde la cual se ha acercado y ha participado en diversos organismos y organizaciones donde asisten familias, jóvenes, adolescentes, niños.

Las intervenciones apuntaron a “colectivizar”, es decir, volver colectivo lo que es generalmente concebido como un padecimiento individual. Promovieron el cuestionamiento de la percepción de los usuarios de drogas como una patología social, posibilitando situarla como problemática social, de construcción histórica. Desde ésta posición, Candil se propuso diferenciarse de modalidades de intervención individualizantes “*…la colectivización de los problemas sociales pueden llegar (y de hecho llegan) a solaparse con la colectivización de las posibles soluciones y más peligrosamente con las responsabilidades frente a los mismos”* (2012:186)

3.3.1. Los programas de Reducción de Daños.

Como paradigma, desde la Reducción de Daños se pueden llevar a cabo intervenciones individuales, grupales y territoriales, no obstante, gran parte de las intervenciones tienen una impronta territorial-comunitaria. Estos programas incluyen un amplio abanico de acciones las cuales se adecuan a las características de los usuarios y de la comunidad. Las estrategias que se pueden llevar a cabo son diversas: promover cambios en la legislación, promover mejoras en los accesos a los servicios de tratamiento, etc. El trabajo apuntaría a tratar de revertir una posición de exclusión en una persona con identidad socialmente connotada como desfavorable (Touzé, 2006)[39].

Los dispositivos de abordaje desde el paradigma de reducción de daños no están centrados exclusivamente en el consumo; trabajan las cuestiones que pueden tener que ver con el uso de drogas: el acceso a la salud, la inserción laboral, etc. Buscan prevenir los daños potenciales relacionados con el uso de drogas más que la prevención del uso de drogas en sí misma; es decir, el foco esta puesto en los efectos secundarios de su uso.

Calbiño (2010) advierte sobre la importancia de conocer las situaciones de consumo de drogas en los propios contextos de los usuarios. Comenta respecto al trabajo profesional que realiza con **niños y adolescentes** consumidores de paco y otras drogas que, su objetivo es conocer situaciones a “medio abierto”, calle, asentamientos, plazas, espacios públicos intentando lograr una presencia sostenida en el tiempo con los usuarios de drogas. Esta presencia servirá para iniciar una relación, un vínculo de confianza para lograr con el niño o adolescente empezar a pensar en conjunto, sobre la posibilidad de planificar un proyecto de vida.

El paradigma de reducción de daños mayormente tiene en común con la perspectiva comunitaria-territorial el contexto de intervención, no obstante, las acciones que desde este paradigma se despliegan exceden la intervención territorial, ya que desde ella se promueven cambios legislativos, cambios en las

[39] Véase pagina 17

representaciones sociales a partir de investigaciones y producciones escritas, etc[40].

A modo de conclusión

Las intervenciones profesionales desde el Trabajo Social respecto al uso de drogas presentan distintas características, son individuales, grupales, familiares, comunitarias, etc. Existe coincidencia en relación a la necesidad de trabajar en forma interdisciplinar, aunque ello se torna dificultoso debido al predominio en los distintos dispositivos de una disciplina sobre las otras, lo cuales pueden tener características y lógicas difíciles de conciliar. Gran parte de las diferencias entre los distintos dispositivos tienen que ver con el sentido de la intervención, algunas apuntan a la recuperación del sujeto en tanto abstinencia centrada en componentes orgánicos, otras se centran en el cambio de comportamientos y formas de vinculación con personas significativas lo cual posibilitaría dejar de consumir drogas. También hay intervenciones que apuntan a desnaturalizar representaciones sociales sobre los usuarios que operarían negativamente sobre el abordaje de la problemática. Por último, existen dispositivos que llevan a cabo intervenciones cuyo sentido apuntan a la promoción de la salud en general, al acceso de instituciones sanitarias, poniendo énfasis en los recursos sociales y personales, el foco estaría puesto en los efectos secundarios del uso de drogas.

Desde los diferentes dispositivos se pone énfasis en algún nivel de atención sobre los otros. Ello tiene que ver la concepción del uso de drogas y de los usuarios. Desde los dispositivos con perspectiva biomédica se priorizan intervenciones individuales; desde los dispositivos con impronta psicológica el foco esta puesto en el individuo en interacción con su familia y, en los dispositivos territoriales el nivel de intervención preponderante es la comunidad.

Asimismo, hay coincidencia en muchos trabajadores sociales consultados respecto a la importancia de partir de la singularidad de los sujetos a la hora de abordar el tema del uso de drogas. Partir de la idea de que no todos los usuarios de drogas van a necesitar los mismos recursos profesionales, materiales, los mismos tiempos o las mismas modalidades de intervención permite aseverar que los diferentes dispositivos deben estar al servicio de los sujetos y no los sujetos, familias y grupos sociales a disposición de las estructuras de intervención preestablecidas.

[40] Dada la importancia que desde algunos programas de reducción de daños se le da al trabajo territorial, allí donde los sujetos no acceden a las instituciones, se lo incluye en este apartado.

Conclusiones

Asistimos a una época de cambio de paradigmas respecto a la concepción de la niñez y la adolescencia y sobre el uso y los usuarios de drogas, que se tradujeron en modificaciones legislativas, tales como la Ley de Protección Integral y la Ley de Salud Mental y Adicciones que, a principio de este siglo impulsaron reformas en la atención por uso de drogas.

Las reformas tuvieron que ver con una mirada más integral de la salud, para cuyo abordaje se requiere el saber de distintas disciplinas, y donde es tenida en cuenta la opinión de los sujetos involucrados. Es decir, se asiste a un pasaje de concepción del usuario como objeto de intervención a sujeto de derecho. Asimismo, éstas reformas promueven intervenciones que consideran la internación un recurso excepcional, lo cual advierte que se empieza a pensar en abordajes menos estructurados y verticalistas, más novedosos, alejándose de la lógica de la institucionalización, siendo una alternativa posible el trabajo en el contexto microsocial de los sujetos y familias, es decir, en el territorio.

Cuando se habla de drogas generalmente los trabajadores sociales consultados se remiten al consumo durante la adolescencia y la juventud. Considero que las características del consumo de drogas en este periodo vital estarían relacionadas con el entorno social del/los/las jóvenes, con los procesos estructurales y microsociales que los atraviesan, la conformación de sus familias, las redes sociales en las que se incluyen, los recursos materiales y simbólicos, sus posibilidades de desarrollo y su lugar en el territorio.

En general, los textos consultados asocian el aumento del consumo con las condiciones de vulnerabilidad social; es aquí donde entra en juego la especificidad de la disciplina, interpelándonos a repensar prácticas y saberes para abordar el problema del consumo de drogas, proponer intervenciones integrales, trascendiendo la idea del problema del sujeto para situarlo a nivel social; a decir de Candil (2012) “colectivizar” la cuestión del uso de drogas, cuya respuesta tiene que ver con la existencia de políticas públicas inclusivas.

En relación a lo que dicen los trabajadores sociales sobre las drogas, sus usos y los usuarios, fue posible advertir que, gran parte de los discursos están influidos por las ideas provenientes de la Biomedicina. Ello puede estar relacionado con el proceso de profesionalización del trabajador social que parte de un lugar subordinado en el campo de la salud. No obstante, la complejidad de la problemática llevó a que los especialistas, a lo largo del tiempo, acudieran a distintos saberes, transcendiendo los conocimientos de la Medicina, incorporándose conocimientos de la Psicología, de la Antropología Social, etc., ello se advierte sobre todo en el relato de distintas experiencias profesionales basada desde una perspectiva territorial. Sin embargo, el trabajo interdisciplinar continúa siendo una aspiración; en los distintos dispositivos presentados los saberes en juego no constituirían un saber nuevo, sino que el trabajo entre disciplinas sería un acuerdo entre profesionales para delimitar competencias y actividades. En los dispositivos territoriales se presenta la particularidad que las

barreras disciplinares parecieran estar más desdibujadas, la intervención no estaría determinada por la modalidad de acción de alguna disciplina, sino que la dinámica propia del territorio junto a los saberes y decisiones de los sujetos involucrados marcarían los trazos del trabajo en conjunto.

Muchos profesionales resaltan la necesidad de trabajar desde la singularidad; respecto al uso de drogas, lo que implica que no todos los usuarios van a necesitar los mismos recursos profesionales, los mismos recursos materiales, los mismos tiempos ni la misma forma de abordar su consumo, en caso que se aborde desde algún dispositivo.

Respecto al accionar profesional, los trabajadores sociales intervienen en distintos dispositivos. Si bien estos dispositivos pueden coexistir en un mismo marco institucional suele predominar alguno de ellos generando tensiones que pueden ser difíciles de compatibilizar.

En los documentos consultados se pudieron identificar, a grandes rasgos, tres tipos de dispositivos donde se insertan los trabajadores sociales. Dispositivos con perspectiva biomédica, los dispositivos con impronta del discurso psicológico y los dispositivos socio-territoriales.

Los dispositivos con perspectiva Biomédica incluyen el alojamiento o la permanencia de los usuarios de drogas durante gran parte del día en instituciones especializadas y tratamientos ambulatorios. Hay trabajadores sociales que conciben a la internación como un abordaje positivo por el aislamiento del usuario, el cual permanecería un tiempo lejos del acceso a las drogas, siendo ello importante para lograr la abstinencia, primer paso del proceso de atención en este tipo de dispositivos. Sus tratamientos apuntan a la estabilización y desintoxicación del usuario, principalmente en cuadros de dependencia y abuso.

En cambio, otros profesionales critican el aislamiento debido a las consecuencias del encierro: desubjetización y homogenización de los aspectos de la vida lo cual llevaría a la pérdida de identidad, y porque esta medida suele dejar de lado la consideración de los procesos sociales, vinculares y subjetivos del surgimiento de los problemas relacionados con el consumo. También, se cuestionan a aquellos dispositivos que disponen la obligación de dejar de consumir como requisito de ingreso, siendo ello sumamente complejo y difícil de lograr, y por eso, excluyente.

En dispositivos con impronta del discurso psicológico, como en algunas comunidades terapéuticas, se advierte que las intervenciones de los trabajadores sociales han tomado aportes de la Psicología Sistémica; al mencionar a los usuarios de drogas y sus familias hablan de familias con componentes trasgresores, roles parentales desdibujados, familias disgregadas o perturbadas. En la intervención también priorizan el aislamiento del sujeto de su contexto y trabajan desde la idea de modificación de actitudes y comportamientos de los usuarios. Promueven el trabajo de los aspectos vinculares y se llevan a cabo experiencias afectivas con pares y referentes. La comunidad terapéutica es un ámbito de simbolización, las actividades grupales

tienen como eje el diálogo y la escucha. En muchas ocasiones, el trabajador social se desempeñaría acompañando al “paciente” y a su familia en el tratamiento médico y psicológico.

Estas visiones ponen el foco en la dinámica familiar del sujeto, por lo que las considero endógenas, en contraposición de los discursos que incorporan elementos del contexto socio-cultural y económico, como ser las intervenciones comunitarias.

Los modelos basados en abordajes comunitarios relacionan los aspectos de la salud con dimensiones estructurales y experiencias subjetivas. Integran perspectivas desde las Ciencias Sociales, la Salud Colectiva, la Medicina Social y la promoción de la salud, enfatizando el trabajo comunitario.

El abordaje territorial-comunitario se presenta como algo distinto a las intervenciones que tradicionalmente se realizan respecto al consumo de drogas desde un marco institucional. El territorio sería un espacio privilegiado para intervenir en la transformación de las formas simbólicas y discursivas que operarían contribuyendo al mantenimiento del orden de cosas respecto de las drogas. Estas formas simbólicas y discursivas tienen que ver con las representaciones sociales que obstaculizan óptimas intervenciones y que, asocian a los usuarios con personas enfermas, incapaces, despreocupados, con personalidades autodestructivas, etc. La agenda es diseñada por la dinámica misma del territorio. Desde éste tipo de dispositivos es necesaria la articulación con las políticas públicas de los diferentes niveles de gobierno, lo cual complejiza el trabajo en términos de competencias, incumbencias y tensiones entre los actores en juego. Que el contexto de intervención sea el territorio, no excluye intervenciones a nivel individual y familiar, por el contrario, desde el territorio es posible la articulación con diferentes niveles de atención.

Los programas de Reducción de Daños se encuadran en lo que podríamos llamar abordajes con tinte comunitario-territorial; el objetivo principal no tiene que ver con la abstinencia sino con reducir las consecuencias negativas que el consumo provoca. Las intervenciones tienen especial consideración del tema de la vulnerabilidad social y de la imposibilidad de cumplimiento del derecho a la salud. Se dirigen con prioridad a los usuarios de drogas que no se acercan a las instituciones y que tiene escaso contacto con los dispositivos sanitarios y sociales. Los programas de Reducción de Daños son objeto de debate ético dado que se suele discutir si su implementación favorece el consumo de sustancias ilegales.

La temática del uso y los usuarios de drogas requiere una discusión ética, no desde una perspectiva idealista, sino desde una perspectiva que considere las condiciones de vida social, es decir, las normas, costumbres y hábitos que son atravesados por valores construidos histórica y socialmente. Esta mirada conlleva la premisa que los comportamientos no son productos de los deseos meramente individuales, sino que, las lecciones de los sujetos se encuentran mediadas por condiciones sociales, económicas, políticas y culturales, en una sociedad ubicada en determinado tiempo y espacio.

Asimismo, la intervención profesional se da en un espacio de lucha, conflictos y confrontaciones de poder, por lo que debemos tomar posición ética-política. Esta toma de posición no puede ser comprendida exclusivamente desde la voluntad subjetiva de los agentes profesionales sino, en la compleja trama de las políticas sociales, la dinámica institucional, la relación con otros profesionales y otras disciplinas y los sujetos hacia los cuales se dirige la intervención.

Sostengo que, la mirada que sobredimensiona las potencialidades del sujeto, actor y protagonista de su propia vida, provocó el riesgo de pensar que él mismo deberá actuar para cambiar su situación singular, convirtiéndose en único responsable de su condición de vida y por ende de las problemáticas sociales que lo atraviesan. Desde esta mirada se volverá a pensar desde paradigmas que dieron origen a las intervenciones profesionales respecto a los usos y usuarios de drogas.

Es por ello que, defiendo la idea de la singularidad en tanto expresión de la dialéctica entre singularidad, particularidad y universalidad. Partir desde la idea de la singularidad de los usuarios de drogas implica la singularidad también respecto a la intervención e incluye particulares articulaciones con otras instancias de atención, de ser necesarias, teniendo siempre presente que, los diferentes dispositivos deben estar al servicio de los sujetos, y no los sujetos, familias y grupos a disposición de las estructuras de intervención preestablecidas, ello propio de algunas intervenciones desde el entramado social en el territorio mismo.

Si bien se reconoce el avance respecto a las modificaciones legislativas, se requiere continuar impulsando cambios en relación a las concepciones sobre el uso y los usuarios de drogas y promover reformas en la atención integral de la salud. Es allí donde el trabajador social tiene un rol preponderante, dada su cercanía a la vida cotidiana de los sujetos y sus padecimientos, como también su vinculación con diferentes actores e instancias intervinientes, para trabajar en pos de la desarticulación de las construcciones sociales que impactan negativamente en los usuarios de drogas, tanto a nivel relacional como asistencial.

Fuentes Documentales

Biessy, A. (2008). Intervención del Trabajo Social en situaciones de crisis: posibilidades y limites (o cuando lo imposible se transforma en lo social…) En A.J.M. Carballeda (Ed.), *Drogadicción y sociedad* (pp. 51-54). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.

Bogliano, E. (s.f.). *No creo que la internación forzosa de los consumidores de paco sea la mejor respuesta.* Recuperado de http://www.intercambios.org.ar/15-ideas/15ideas/voces/eduardo-bogliano-suma-su-voz-a-las-15-ideas-por-una-nueva-ley-de-drogas/

Calbiño, C. (2010). El Trabajo Social con niños, niñas y adolescentes consumidores de Paco y otras sustancias adictivas. En *Documento de la Comisión interdisciplinaria de expertos en adicciones* (pp. 45-48) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Presidencia de la Nación- Legislatura Porteña de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Candil, A. L. (2012). Reflexiones sobre el trabajo profesional en una institución ambulatoria del dispositivo público de abordaje a los usos de drogas. *Revista de Trabajo Social –FCH – UNCPBA*, 3, 177-189.

Carballeda, A. (2008a). Alcoholismo, puritanismo y el discurso de la drogadicción. En A.J.M. Carballeda (Ed.), *Drogadicción y sociedad* (pp.09-18). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.

Carballeda, A. (2008b). La adolescencia y la drogadicción en los escenarios del desencanto. En A.J.M. Carballeda (Ed.), *Drogadicción y sociedad* (pp.55-64). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.

Carballeda, A. (2008c). La prevención en drogadicción. Una mirada desde la intervención en lo social. En A.J.M. Carballeda (Ed.), *Drogadicción y sociedad* (pp.119-132). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.

Carballeda, A. (2013). *Drogadicción, problemáticas sociales complejas y políticas públicas.* Material de estudio del Módulo VII de la Carrera de Especialización en Políticas Publicas en niñez, adolescencia y familia. UNER y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, 2013-2014.

Corda, A., Galante, A., y Rossi, D. (2014). *Personas que usan estupefacientes en Argentina. De "delincuentes-enfermos" a sujetos de derecho.* Ciudad

Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Intercambios Asociación Civil – Universidad de Buenos Aires- Facultad de Ciencias Sociales.

Cuatrocchi, E. (2008). *La adicción a las drogas. Su recuperación en comunidad terapéutica.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.

Di Carlo, G., Guzmán, F. y Bello, M. (1999). Trabajo Social y Comunidad Terapéutica como técnica en intervención en Adicciones. En G. Parra (Ed.) *Anales de I Jornadas sobre Salud y Trabajo Social. ¿Salud para todos en el año 2000? Posibilidades y desafíos para la intervención del Trabajo Social.* (pp. 73-81). Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de Lujan.

Galante, A,. Pawlowicz, M. P., y Goltzman, P. (2010). La reinserción social en las comunidades terapéuticas. En Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Practica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación, Sexto encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, "Clínica e Investigación, Contribuciones a las Problemáticas Sociales". Tomo III, Buenos Aires, Argentina, Facultad de Psicología, UBA.

Galante, A., Pawlowicz, M. P., Goltzman, P., y Rolon, G. (2011). La atención por usos de drogas en los hospitales psiquiátricos: la atención de la urgencia y de "la patología dual". En II Congreso Nacional de Investigación y Practica Profesional en Psicología. XVIII Jornadas de Investigación en Psicología. VII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Galante, A., Rossi, D., Goltzman, P., y Pawlowicz, M., P. (2009). *Reducción de daños en el escenario social actual. Un cambio de perspectiva.* Recuperado de www.intercambios.org.ar/wp-content/uploads/ …/Escenarios-2009.pdf

Gianni, S., M. (2008). Demanda y estrategias de intervención en prevención. En A.J.M. Carballeda (Ed.), *Drogadicción y sociedad* (pp. 41-50). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.

Goltzman, P., Amorin, E. (2012). Prácticas de trabajo en drogas. *De la acción a la reflexión…y vuelta.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Intercambios Asociación Civil.

Goltzman, P. (s.f.). *Notas sobre el trabajo en drogas desde el territorio.* Recuperado de http://www.vocesenelfenix.com/content/notas-sobre-el-trabajo-en-drogas-desde-el-territorio.

Guerrini, M. E. (2009). *La intervención con familias desde el Trabajo Social.* Recuperado de www.margen.org/suscri/margen56/**guerrini**.pdf

Guzmán, C., y López, S. (2007) *Medicina social. Drogas ilegales y el rol del trabajador social.* Recuperado de *www.**trabajosocial**.unlp.edu.ar/uploads/docs/**lopez__guzman**_.doc*

Intercambios Asociación Civil. (2004). *Cambios en el Uso de Drogas en Buenos Aires (1998-2003).* Buenos Aires, Argentina: Intercambios Asociación Civil- ONUSIDA- Naciones Unidas, Oficina contra la droga y el delito- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Kirchhoff, C. (2015). *Un Trabajador Social en el Centro Carlos Gardel.* Recuperado de Centrocarlosgardel.blogspot.com/2015_01_01_archive.html

Pawlowicz, M. P., Galante, A., Goltzman, P., Rossi, D., Cymerman, P., y Touzé, G. (2011). Dispositivos de atención para usuarios de drogas: heterogeneidad y nudos problemáticos. En: Asesoría General Tutelar de la Ciudad de Buenos Aires (Ed.), *Panorámicas de Salud Mental, a un año de la sanción de la Ley Nacional Nro. 26.657. Colección: De incapaces a sujetos de derechos; 6.* (pp. 169-187). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Eudeba.

Pérez Correa, C. (2014). Introducción. En C. Pérez Correa, C. Youngers (Ed.), *En busca de los derechos: Usuarios de drogas y las respuestas estatales en América Latina* (pp. 11-15). México: CEDD.

Rossi, D., Pawlowicz, M. P., y Singh, D. Z. (2007). *Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las Ciudades de Buenos Aires y Rosario.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Asociación Civil Intercambios – Naciones Unidas, Oficina contra la droga y el delito.

Rossi, D. y Goltzman, P. (2012). *Uso de drogas y VIH.* Buenos Aires, Argentina: Intercambios Asociación Civil – Ministerio de Salud de la Nación.

Staffolani, M. (2008). Reflexiones acerca de métodos etnográficos en la prevención inespecífica de adicciones. En A.J.M. Carballeda (Ed.), *Drogadicción y sociedad* (pp. 83-86). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.

Staffolani, M. (2008). ¿Prevenir el consumo o disciplinar al sujeto? En A.J.M. Carballeda (Ed.), *Drogadicción y sociedad* (pp. 35-40). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.

Stehlik, C. (2008). *Adicciones: Una situación de compromiso. ¿Para quién?* Recuperado de http://www.margen.org/suscri/margen48/Stelik.html

Touzé, G. (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Intercambios Asociación Civil – Federación Internacional de Universidades Católicas.

Touzé, G. (2010). *Argentina: ¿La reforma que viene?.* Recuperado de www.intercambios.org.ar>15Ideas>Noticias>Comunicados

Touzé, G., Goltzman, P., Amorin, E., Cymerman, P., y Pawlowicz. M. P. (2012). Consideraciones sobre el debate legislativo en torno a la ley de drogas. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social. Año 2, Nro. 4. 64 – 70.*

Vargas, M. (2012). Intervención comunitaria en el tratamiento en adicciones a sustancias psicoactivas. En Equipo Docente de Tutorías de Trabajos Finales de la Carrera de Trabajo Social de la UNLa (Ed.), *Escribiendo miradas. Mirando escrituras (*pp.129-147). Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de Lanús.

Virgala, V. (2001). Como pensar la prevención frente a una sociedad en crisis. En S. Inchaurraga (Ed.), *Drogas y Políticas Públicas. El modelo de reducción de daños* (pp.195-200). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.

Bibliografía Consultada:

Aquin, N., Acevedo, P. (2013). *Contexto y sujetos de la intervención de trabajo territorial: necesidad de revisiones teóricas y lecturas empíricas en la actual coyuntura.* VII Jornadas Disciplinares de Trabajo Social. Catamarca, Argentina. Material de la Asignatura Teorías, espacios y estrategias de intervención II – Universidad Nacional de Córdoba.

Aquin, N. (s.f.). *¿Por qué desarrollar la especialización?* Recuperado de http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/1077/Documentos_Sugeridos_II/pl_000137_POR_QU_DESARROLLAR_LA_ESPECIFICIDAD.doc.

Aberastury, A. (1970). El adolescente y la libertad, en: A. Aberastury; M. Knobel. *La adolescencia Normal.* Barcelona, Mexico. Editorial Paidós.

Acevedo, P; Andrada, S. y López, E. (2012). La influencia de la concepción de sujeto en la investigación y la intervención con jóvenes. En A. Villa; J. Infantino y G. Castro (Comp.), *Culturas juveniles. Disputas entre representaciones hegemónicas y prácticas.* Ed. Noveduc.

Alvarado, M. S.; Basta, R. y Parra, G. (2009). Las prácticas en la formación y en el ejercicio profesional. Recuperado de https://

www.pefts.unlu.edu.ar/sites/www.../**Alvarado**-Basta-Parra%20Tandil%202007.pdf

Andrenacci, L. (2005) *Problemas de la política social en Argentina contemporánea.* Argentina, Buenos Aires. Prometeo/UNGS.

Beloff, M. (2015). *Un modelo para armar y otro para desarmar: protección integral de derechos vs. Derechos en situación irregular.* Recuperado de https://es.escribd.com/doc/127907756/ModeloParaArmar-Mary-Beloff

Bertagni, J. J. (2011). *La Perspectiva del trabajo Social en el Campo de la Salud Mental.* Tesina de grado. Universidad Nacional de Rosario. Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales. Escuela de Trabajo Social, Rosario, Argentina.

Bertolotto, M. (s.f.). *Organizaciones de la sociedad civil y tercer sector.* Material de la Catedra Familia y Comunidad, Facultad de Trabajo Social, UBA. Buenos Aires, Argentina.

Biessy, A. (2008). Intervención del Trabajo Social en situaciones de crisis: posibilidades y limites (o cuando lo imposible se transforma en lo social…) En A.J.M. Carballeda (Ed.), *Drogadicción y sociedad* (pp. 51-54). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.

Camarotti, A. C. y Kornblit, A. L. (2015). Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. *Salud colectiva, 11 (2), 211-221.*

Carballeda. A. (1994). *Del desorden de los cuerpos al orden de la sociedad*. Recuperado de: http://www.margen.org/suscri/libro/cap7.html

Carballeda, A. (1999). Adicciones y alternativas de intervención del Trabajo Social. En G. Parra (Ed.) *Anales de I Jornadas sobre Salud y Trabajo Social. ¿Salud para todos en el año 2000? Posibilidades y desafíos para la intervención del Trabajo Social.* (pp. 69-72). Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de Lujan.

Carballeda, A. (2004). Representaciones sociales e identificación de procesos ligados al papel de la identidad y la memoria. *Revista de Trabajo Social Margen*, 33.

Carballeda, A. (2008). *Drogadicción y sociedad*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.

Carballeda, A. (2008d). *Algunos cambios en la esfera de la Familia. Una mirada desde la intervención en lo social.* Recuperado de www.margen.org/suscri/margen49/**familia**.html

Carballeda, A. (2013). *Drogadicción, problemáticas sociales complejas y políticas públicas.* Material de estudio del Módulo VII de la Carrera de Especialización en Políticas Publicas en niñez, adolescencia y familia. UNER y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, 2013-2014.

Cazzaniga, S. (s.f.). El abordaje desde la singularidad. Recuperado de http://catedras.fsoc.uba.ar/heler/cazzaniga.%20el%20abodaje%20de%20la%20singularidad.doc.

Chavez, M. (2010). Discursos vigentes acerca de la juventud en Argentina. En M. Chavez. *Jóvenes, territorios y complicidades. Una antropología de la juventud urbana (pp. 75-96).* Buenos Aires. Argentina. Espacio Editorial.

Cymerman, P., Ereñu, N., Faraone, S., Rojas, E., Rossi, D., Sánchez, A., Touzé, G., Vázquez, S., y Vila, M. (1999). *Experiencias de reducción de daños relacionados con las drogas de Buenos Aires.* Recuperado de *www.adicciones.es/files/cymerman.pdf*

Danani, C. (2009). La cuestión de la política social: un intento de apostar a su problematización. En Chiara y Di Virgilio (Comp), *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas.* Argentina. Prometeo.

Donzelot, J. (1990). *La policía de las familias.* Valencia. Editorial Pre Textos.

Eggimann, A. M. (2007)*. El abandono en los tratamientos de rehabilitación por drogadependencia en pacientes bajo tratamiento en la comunidad terapéutica Nazareth, de la ciudad* de *Rosario.* Tesis de maestría. UNER. Entre Ríos, Argentina.

Fazzio, A. (2010). *Niñez, Familia y Derechos Humanos; logros y desafíos pendientes en la primera década del siglo XXI.* Argentina. Editorial Espacio.

Fuentes, M.P y López, M. N. (2014). Lo interdisciplinar: discusiones e implicancias de un imperativo de época para el Trabajo Social. En M. P. Fuentes y V. Cruz (Coord.), *Lo metodológico en Trabajo Social. Desafíos frente a la simplificación e instrumentalización de lo social* (pp. 39-52). Buenos Aires, Argentina: Edulp.

Galante, A., Rossi, D., Pawlowicz, M.P., y Ralon, G. (2013). *Del adicto recuperado al operador socio terapéutico: la importancia de la intervención estatal en los procesos de profesionalización.* Recuperado de http://www.aacademica.com/000-038/570

Galende. E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental.* Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidos

Graham, M; Miayerski, N y Beloff, M. (2007). *Los poderes del Estado y la Protección de la Infancia: ¿Cual? ¿Quién? ¿Cuándo? ¿Dónde?.* Panel en IV Curso de Especialización para abogadas/os sobre derechos de la niñez. Buenos Aires, Facultad de Derecho de la Universidad de Bs. As.

Grassi, E. (2012). *Problemas de realismo y teoricismo en la investigación social y el Trabajo Social*. Recuperado de *www.fts.uner.edu.ar/catedras03/tfoi/2012/estela_grassi*

Gregori, A. (2005). *Las Comunidades Terapéuticas*. En Revista Hablemos: debate y acción, N°3, (pp. 14-19). SEDRONAR, Buenos Aires, Argentina.

Hintze, S. (2007). *Políticas sociales argentinas en el cambio de siglo. Conjeturas sobre lo posible.* Buenos Aires, Argentina. Editorial Espacio.

Konterllnik, I. (2005). *Una nueva institucionalidad para la infancia y la adolescencia. Elementos a tomar en cuenta de las experiencias de otros países y los desafíos pendientes en la Argentina.* Recuperado de http://www.casacidn.org.ar

Kornblit, A.L., Camarotti, A.C., y Di Leo, P. F. (s.f.). *Prevención del consumo problemático de drogas. Material de estudio. Módulo 1: La construcción social de la problemática de las drogas.* Ministerio de Educación de la Presidencia de la Nación- educar- Instituto de Investigaciones Gino Germani – unicef. Recuperado de www.unicef.org/argentina/spanich/Edu_ModulosESI.pdf

Krasnow, A. (2012). *Infancia, adolescencia y salud mental*. Recuperado de: www.infojus.gov.ar

Laurell, A. C. (1981). *La salud-enfermedad como procesos social.* Recuperado en http://*www.buenosaires.gob.ar/areas/**salud**/dircap/mat/matbiblio/**laurell**.pdf*

Laurell, A. C. (1982). *El estudio social del proceso social-enfermedad en América Latina.* Recuperado en http://www.amr.org.ar/amr/wp-content/uploads/2015/10/n37a138.pdf

Martínez, G. A. C. (2006). *El síntoma social.* Material de estudio del Módulo VII de la Carrera de Especialización en Políticas Públicas en niñez, adolescencia y familia. UNER y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, 2013-2014.

Martínez, G. A. C. y Barzola, R. (2013). *Dispositivos de atención del lazo social.* Material de estudio del Módulo VII de la Carrera de Especialización en Políticas Públicas en niñez, adolescencia y familia. UNER y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, 2013-2014.

Martínez, G. A. C. (s.f.). *Experiencia moral e identidad personal y social*. Material de estudio del Módulo VII de la Carrera de Especialización en Políticas Públicas en niñez, adolescencia y familia. UNER y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, 2013-2014.

Martínez, G. A. C. (s.f.). *Del "incontinente" como categoría ético-política a la producción del "adicto". Un recorrido histórico por la política y el placer.* Material de estudio del Módulo VII de la Carrera de Especialización en Políticas Públicas en niñez, adolescencia y familia. UNER y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, 2013-2014.

Martínez, G. A. C. (s.f.). *Reflexiones en torno a la modernidad hoy (ensayo).* Módulo de Epistemología en Ciencias Sociales. Maestría en Trabajo Social. UNER. Entre Ríos, Argentina.

Menéndez, E. (1988). *Modelo medico hegemónico y atención primaria.* Recuperado de *www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/.../**modelo_medico**.pdf*

Murga, M. y Anzola, M. (2011). *Desarrollo de sistemas de Protección Integral de Derechos en el ámbito local y familia.* Ministerio de Desarrollo Social; Gobierno de la Nación Argentina. Buenos Aires, Argentina.

OMS. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud.* Recuperado de http://www.who.int/es/

Ortiz Hernández, L. (s.f.) *Contribuciones de la epistemología social a la comprensión de las condiciones de salud de las poblaciones*. Recuperado de http://www.monografias.com/trabajos913/contribuciones-epidemologia-social/contribuciones-epidemologia-social.shtml

Picardi, D. J. (2009), Metodología e ideología en la intervención profesional en Trabajo Social. *Margen,* 54.

Piotti, M. L. (2012). *Trabajo Social en las estrategias con niñas/os y adolescentes.* III Jornadas Regionales de Trabajo Social. Seminario de Trabajo Social con niños y adolescentes. Escuela de Trabajo Social. Universidad Nacional de Córdoba.

Puebla, M. D. (2005). Clínica de la vulnerabilidad. En M. D. Puebla. *Democracia y Justicia Penal Juvenil.* San Juan, Argentina. Editorial EFU.

Puebla, M. D. (2007). *Nuevas tendencias en el control social.* XII Congreso Argentino de Psicología. Simposio Seguridad y Derechos Humanos: La cuestión de los adolescentes infractores. San Luis, Argentina.

Puebla, M. D; Torti, S y Marty, C. (2012). La cuestión de los adolescentes infractores y prácticas de las agencias del sistema penal juvenil. *Revista Interferencia. Derechos y Seguridad Humana.* Secretaria de Extensión de la Universidad Nacional de Córdoba. Vol. 1 (1).

Puentes, M. (2009). *Detrás de la droga.* Buenos Aires, Argentina. Lugar Editorial.

Raiden, M. (2006). Drogas en el siglo XXI: "mercado, consumo e identidad de clase". En Jornadas de Debate: "Drogas, mitos y realidades". Carrera de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Bs. As. Argentina.

Romaní, O. (1999). *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona, España: Editorial Ariel, S.A.

Saintout, F. y Varela, A. (s.f.). *Jóvenes: consumo y medios, claves para pensar la cuestión.* SADA. Secretaria de Adicciones. Provincia de Buenos Aires.

SEDRONAR (2005). *Segunda encuesta nacional a estudiantes de enseñanza media 2005.* Recuperado de www.sedronar.gob.ar/a/263/.../observatorio-argentino-de-drogas.html

SEDRONAR (2011). *Quinta encuesta nacional a estudiantes de enseñanza media 2011.* Recuperado de www.sedronar.gob.ar/a/263/.../observatorio-argentino-de-drogas.html

SEDRONAR (2012). *El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia. Quinto estudio nacional.* Recuperado de www.sedronar.gob.ar/a/263/.../observatorio-argentino-de-drogas.html

Sissa, G. (2004). *El placer y el mal.* Buenos Aires, Argentina. Editorial Manantial.

Touzé, G., y Goltzman, P. (2011). *América Latina. Debate sobre drogas. I y II Conferencias Latinoamericanas sobre Políticas de Drogas.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Intercambios Asociación Civil – Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales.

Universidad Nacional de Entre Ríos. (s.f.). *Carrera de Especialización en políticas públicas de la niñez, adolescencia y familia*. Recuperado de www.fts.uner.edu.ar/posgrados/esp_pp_abordajes_naf/presentacion.html

Viladrich, A. (1991). *Madres solteras adolescentes.* Buenos Aires, Argentina: Centro Editor de América Latina.

Villalta, C. (2010). La administración de la infancia en debate. Entre tensiones y reconfiguraciones institucionales. *Estudios en Antropología Social.* Vol 1 (2). Centro de Antropología Social, Instituto de Desarrollo Económico y Social.

Zapiola, M. (2010). La Ley del Patronato de menores de 1919. ¿Una bisagra histórica? En L. Lionetti y D. Miguez (Comp.), *Las infancias en la historia argentina. Intersecciones entre prácticas, discursos e instituciones (1890-1960).* Rosario, Argentina. Editorial Prohistoria.

Legislación

Convención sobre los Derechos del Niño.

Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes.

Ley Nacional 26.657de Salud Mental.