



Universidad Nacional de Córdoba
Facultad de Ciencia Sociales
Licenciatura en Trabajo Social

Consumo Problemático de Sustancias

Una mirada desde el Trabajo Social

Autoras:

Loyola, María Lourdes

Peralta, Carolina

Tutores:

Lic. Chávez, Patricia

Dr. Carbonetti, Adrián

Esp. Andrada, Ana

Año: 2018

Índice

Índice	3
Agradecimiento	5
Resumen	8
Introducción	10
CAPÍTULO 1: Consumo Problemático de Sustancias	11
1.1. Recorrido histórico	14
1.2 Conceptos básicos	22
1.3 Modelos detrás del tratamiento	25
CAPÍTULO 2: Campo de la Salud Mental	29
2.1 Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción	33
2.2 Intervención profesional	34
CAPÍTULO 3: Análisis de los sujetos desde una perspectiva integral.	39
3.1. Los protagonistas.	41
CAPÍTULO 4: El Trabajo Social en el Proceso de Externación	45
4.1. Experiencia pre-profesional	47
4.1.1 Metodología de intervención. De Pacientes a Sujetos de derecho	50
4.2. Evaluación de impacto	62
Reflexiones Finales	65
Bibliografía	68

Agradecimiento

Al finalizar el recorrido por la carrera y particularmente por este último año académico, quisiéramos agradecer a todos aquellos que colaboraron y aportaron su cuota de afecto y que nos incentivaron a seguir adelante día a día.

En primer lugar a nuestras familias por su compañía y amor incondicional. A nuestros amigos y compañeros por estar a nuestro lado para alentarnos. A todos los profesores que estuvieron ahí para sacarnos dudas, enseñarnos y darnos el ejemplo de cómo ser profesionales. A Gerardo, autor de las fotografías que integran este escrito, quien a través de su arte, dejó plasmado lo que significó y significa para nosotras todo el trabajo realizado, un camino, un recorrido...

Agradecemos muy especialmente al equipo de trabajadoras sociales del Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción (IPAD), que nos abrieron las puertas del servicio y en todo momento se ofrecieron a colaborar con nuestro trabajo.

Por último, pero no por eso menos importante, a las personas que se encontraban haciendo tratamiento en el IPAD, con quienes estuvimos en contacto, que nos enseñaron la importancia de escuchar, de ver la realidad del otro, de compartir...

Gracias a todos los que estuvieron presentes en este camino de una forma u otra, sin ustedes nada hubiera sido posible.

Resumen

Como parte de la práctica pre-profesional, nos insertamos en el Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción, en adelante IPAD, ubicado en la calle Avenida Arenales 191 de Barrio Juniors, dependiente de la Provincia de Córdoba.

La problemática abordada es la escasa autonomía de los sujetos con consumo problemático de sustancias, que dificulta el proceso de reinserción social.

Teniendo como objetivo el fortalecimiento de la autonomía en el proceso de externación, consideramos fundamental los espacios laborales, recreativos y de reflexión con que cuentan las personas que reciben tratamiento en el IPAD. Nos proponemos trabajar la articulación del IPAD con instituciones públicas, ONGs y fundaciones que brindan cursos, capacitaciones, entre otros.

Por otro lado, se plantea generar espacios de reflexión y escucha dentro de la institución con los sujetos que se encuentran próximos a la externación, lo que lleva a favorecer la intervención dentro de la institución para propiciar una reinserción social exitosa.

Introducción

El presente escrito es resultado de nuestro tránsito por el Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción (IPAD), en el marco de la intervención pre-profesional correspondiente a la Licenciatura en Trabajo Social- Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba.

Nos propusimos abordar el consumo problemático de sustancias psicoactivas con personas adultas, ya que al investigar esta problemática nos encontramos con que las principales intervenciones referidas a este tema están centradas en la prevención, en su mayoría dirigida a jóvenes; fue así que surgió el interrogante de cómo se trabaja con sujetos que tienen largas trayectorias de consumo, cuáles son sus posibilidades de reinserción en una sociedad que constantemente los estigmatiza y por supuesto cual es el lugar del Trabajo Social en torno a esto.

Palabras como adicto, consumo, salud, paciente, ocupan un lugar central en el espacio de nuestra práctica, pero adquieren un sentido diferente según el sujeto implicado, ya que al nombrarlas o escucharlas se evidencian o esconden diversas concepciones teóricas, es así que en el desarrollo de este trabajo encontraran descripciones y análisis de diferentes representaciones que convergen en la intervención con sujetos atravesados por la problemática.

El recorrido que dio lugar a este documento, estuvo marcado por cuestiones teóricas, políticas, metodológicas y legislativas que atraviesan la temática, pero fue el encuentro con profesionales de diferentes áreas como trabajo social, psicología, enfermería y psiquiatría, que nos enseñó la importancia y el valor del trabajo interdisciplinario para lograr un abordaje integral de la problemática, aportando diferentes miradas.

Al finalizar la lectura podrán advertir que la marca más significativa de todo el proceso fue aportada por los sujetos, los protagonistas de la intervención que se encontraban internados en la institución, de quienes aprendimos más de lo que se puede encontrar en la teoría, personas, que si bien están transitando por una problemática que afecta su cotidianeidad por completo, tienen sueños, potencialidades, ideas, sujetos que son diversos y únicos.

Fue a partir de este recorrido que pudimos generar posturas y posicionamientos teóricos, metodológicos y políticos que sustentaron nuestra intervención con los sujetos con el objetivo de fortalecer su autonomía.

Es así que desarrollamos la presente tesina en cuatro capítulos. En el primero, se presenta la construcción histórica social de la problemática, con su correspondiente marco legislativo y los conceptos básicos que nos acompañarán durante todo el proceso. El segundo capítulo expone un análisis del campo de la salud mental, presentación de la institución en que nos insertamos con su trayectoria histórica y un análisis de la intervención profesional al interior de la misma. En el capítulo tres, se realizó una caracterización general y análisis de los sujetos. Y por último en el capítulo cuatro se presenta la propuesta de intervención, metodología, resultados y evaluación.

CAPÍTULO 1:

Consumo Problemático de Sustancias



En el presente capítulo expondremos el marco teórico a partir del cual fundamentamos nuestra intervención y posicionamiento con respecto a la temática de salud mental y consumo problemático de sustancias.

Consideramos fundamental el análisis y reflexión sobre el pasado para poder entender y mirar de una forma crítica cómo se interviene en el presente, desde los diferentes ámbitos, en el área de salud mental sobre el consumo de sustancias. A partir de este recorrido también es posible comprender cómo y por qué el consumo se considera hoy un problema social y un asunto de salud pública.

A continuación realizaremos un recorrido histórico del consumo de sustancias teniendo en cuenta paradigmas, intervenciones y legislación a nivel internacional y nacional, con las correspondientes consecuencias que tuvieron y tienen en la intervención con los sujetos que atraviesan dicha problemática.

1.1. Recorrido histórico

Los conceptos no son neutros, las diferentes concepciones sobre los que es el consumo problemático, las drogas lícitas o ilícitas, el tratamiento de las personas que consumen, no se pueden desvincular del contexto en que se desarrollan, es por esto que a partir de este recorrido intentaremos dar cuenta de cómo la intervención actual con sujetos con problemáticas de consumo está atravesada por condicionantes sociales, económicas, políticas y culturales que fueron variando a lo largo de la historia tanto a nivel internacional como nacional.

Las sustancias psicoactivas (en adelante SP), son “...toda sustancia que al momento de ser ingerida tiene la capacidad de cambiar la conciencia, el ánimo o los pensamientos, así como la de mitigar el dolor (...), puede afectar los procesos perceptivos normales, emocionales y motivacionales del cerebro (...) y tiene efectos sobre las funciones del SNC¹, lo cual afecta los procesos mentales” (Calzada, 2013. Pág.98).

En las sociedades antiguas las SP eran utilizadas en ritos mágico-religiosos, “el uso de sustancias era concebido como una forma de acercarse a los dioses, siendo privilegio de jefes y hechiceros, existía un uso ritual integrado en el universo simbólico,

¹ Sistema Nervioso Central.

que formaba parte de la vida diaria de los pueblos y estaba sujeto a determinadas reglas” (Raiden, 2012. Pág. 27). Cabe destacar que en este periodo el uso de SP no era considerado un problema social.

Fueron los griegos quienes introdujeron la noción de droga, que se expresaba mediante el “...término pharmakon, que indica a la vez la idea de remedio y veneno; ningún fármaco era considerado inocuo ni altamente peligroso en sí mismo, sino que la frontera entre el remedio y el veneno estaba dada por el uso que las personas hacían de las sustancias, específicamente de la dosis utilizada” (Slapak & Grigoravicius, 2006. Pág. 241).

Hacia la edad media, con la consolidación de la iglesia como institución dominante, “...el uso de ciertas sustancias comienza a relacionarse con la desviación, el pecado y la brujería; de esta manera aparece en escena un severo sistema legislativo y punitivo sobre el uso de SP...” (Slapak & Grigoravicius, 2006. Pág. 241), esta época se caracteriza por la persecución, el castigo, la tortura, y la muerte de personas que utilizaban SP, diferentes del vino, única sustancia autorizada por la iglesia, el resto estaba prohibido.

A partir del surgimiento de los estados nación, la iglesia pierde poder y muchas SP que estaban prohibidas comienzan a ser utilizadas por la medicina, separándose de la moral, la magia y la brujería (Slapak & Grigoravicius, 2006. Pág. 241).

Con la revolución industrial se produjo una transformación económica, social y cultural; se evidenció un acelerado desarrollo del transporte, las comunicaciones y las industrias, lo que trajo aparejado un aumento de los conocimientos en todas las ramas, tanto científicas como técnicas y sanitarias. En el ámbito médico esto se tradujo en el uso de psicofármacos con la consiguiente comercialización de SP.

“Los laboratorios europeos producían y comercializaban legalmente casi la totalidad de las SP descubiertas hasta el momento, como la morfina, heroína, cocaína, éter y cloroformo, entre otras. Hacia el año 1900 todas las drogas conocidas hasta el momento se encontraban a la venta en todas las farmacias europeas, americanas y asiáticas; (...en este marco, las SP pasaron a ser tema específico de la medicina y de la industria farmacéutica....), existía un uso moderado pero generalizado de dichas sustancias, y aunque se registraron casos de adicción aislados, su existencia no suponía

un problema social, ni sanitario, ni jurídico, ni policial” (Slapak & Grigoravicius, 2006. Pág. 241).

En esa época, en Estados Unidos se fortaleció “...progresivamente la tendencia conocida como “reacción puritana”, que instaba a una vida sana sustentada en las virtudes de la sobriedad; profundamente nacionalista, opositora al crecimiento migratorio dentro del propio país, asociaban el vicio a las distintas culturas de inmigrantes y promovía una vuelta a los principios bíblicos cristianos” (Cardinale, 2018. Pág. 107). De esta forma surgió la noción de peligrosidad, asociada al uso de sustancias no controladas por la medicina o fabricada por la industria farmacéutica, lo que abrió camino a una era de control sobre las drogas de origen natural y fue dando paso paulatinamente a la prohibición.

Se reconocen cuatro fundamentos del paradigma prohibicionista, uno relacionado al orden moral, que consideraba que el uso de SP ponía en crisis valores sagrados como la familia, las costumbres, aumentaba la criminalidad y por esto se volvía una amenaza social; por otro lado, los fundamentos sanitarios y sociales alegaban la obligación del estado de proteger la salud pública, asimilaban la toxicomanía a una epidemia, como enfermedad contagiosa y, en este sentido, la prohibición, al actuar de raíz, estaría evitando el “contagio” y salvaguardando el bienestar social; finalmente desde fundamentos raciales las drogas eran consideradas un contaminante extranjero, un peligro mortal (Cardinale, 2018. Pág. 105).

Diversos autores (Del Olmos, R.; 1992; Escohotado, A.; 1998; González Zorrilla, C.; 1987; Santino, U & La Fiura, G.; 1993), señalan que la corriente prohibicionista fue fundamental para el cambio de posición respecto del consumo de SP, convirtiéndolo “no solo en un problema de salud, sino uno de orden público y de seguridad ciudadana, construyéndose de esta forma, una concepción moral del problema que será trasladado poco a poco a otras latitudes del mundo” (Slapak & Grigoravicius, 2006. Pág.242).

A partir de esta corriente prohibicionista, comenzaron a surgir diversas convenciones y tratados a nivel internacional respecto del consumo, tenencia y tráfico de SP, nombraremos a continuación las más relevantes.

“En 1909, con base en la preocupación por el consumo de Opio² en China, se conforma la Comisión internacional sobre el Opio. Doce países reunidos en Shanghái discutieron por primera vez la posibilidad de imponer controles internacionales al comercio de opio; resolvieron acabar con la práctica de fumar opio, limitar su uso a fines médicos y controlar sus derivados nocivos” (Amira Armenta, 2015. Pág.2). Si bien las resoluciones no implicaron ninguna prohibición, sino solo recomendaciones, fueron el punto de partida para una “era de legislación sobre SP”.

Posteriormente, el convenio Internacional del Opio de la Haya (1912) y otros tratados “negociados bajo la sociedad de las Naciones (predecesora de la ONU, 1919-1945), impusieron restricciones sobre las exportaciones (...no solo del opio sino de otras numerosas sustancias...), pero no establecieron obligaciones de declarar la ilegalidad del consumo de drogas o su cultivo, y mucho menos de aplicar sanciones penales por ello” (Amira Armenta, 2015. Pág. 2)

Al finalizar la primera guerra mundial, las resoluciones tomadas en La Haya fueron incluidas en el Tratado de Versalles que, suscripto por numerosos países, difundió el movimiento prohibicionista en todo el mundo.

Resulta interesante mencionar la experiencia estadounidense de prohibicionismo, surgida por la “Ley Seca” en 1920, esta prohibición del consumo y producción de alcohol dejó como saldo la creación del mercado negro, el surgimiento de nuevos delincuentes (consumidores clandestinos) y muertes por intoxicación. Después de una década y debido a su fracaso, esta ley quedó sin vigencia; sin embargo produjo una criminalización de usuarios y aumento de la represión, que continúa hasta nuestros días.

En 1924, en Argentina se sancionó la ley 11.309 que regulaba la importación, el comercio y las prácticas profesionales en las que mediaban diferentes sustancias; se penaba el suministro infiel de medicamentos por parte de los profesionales, pero no se reprimía la tenencia o consumo de estas sustancias por parte de los ciudadanos. Dos años después se sancionó la ley 11.331, la cual modificó el Código Penal, agregando que se reprimía la conducta de “los que no estando autorizados para la venta, tengan en

² Sustancia que se obtiene desecando el jugo de las cabezas de adormideras verdes; tiene, entre otras, propiedades analgésicas, hipnóticas y narcotizantes y su consumo puede provocar dependencia.

su poder la droga a que se refiere esta ley y que no justifiquen la razón legítima de su posesión o tenencia” (Ley N° 11.331; 1926).

Hasta ese momento los tratados y convenios internacionales estaban dirigidos a limitar el tráfico y producción ilícita de SP, fue en 1936 con el Convenio de Ginebra que se introdujeron penas y castigos no sólo para el comercio sino también para la tenencia y consumo de sustancias. A partir de este convenio se cristalizó la criminalización de los usuarios consumidores, asociándolos con la delincuencia.

“La legislación genera una figura de compromiso, en la cual el usuario no solo es objeto de represión, sino también de cuidados terapéuticos; curar y reprimir aparecen entonces como complementarios en las legislaciones sobre sustancias psicoactivas” (Slapak & Grigoravicius, 2006. Pág.242).

En 1961, la Convención Única sobre Estupefacientes firmada en Nueva York, a la que adhirieron más de 70 países, reemplazó todos los convenios anteriores. A grandes rasgos incluyó la regulación y prohibición de 108 SP clasificadas en cuatro listas³, medidas administrativas y represivas y una política de erradicación de cultivos en los países productores, generalmente ubicados en el Tercer Mundo, base de la política que se dio en llamar Guerra contra las Drogas.

Este tratado fue ratificado por Argentina en 1963, a través de la ley 17.756 se reguló el mercado ilegal de estupefacientes para uso médico y científico, penando la venta, producción y suministro de las sustancias incluidas en la lista de la convención y la tenencia que exceda a las correspondientes a un consumo personal. “En esos tiempos también se reforma el Código Civil, donde se endurecen drásticamente las estrategias en los tratamientos, posibilitando la internación compulsiva y limitación de la capacidad legal de los sujetos mientras transcurra la intervención” (Conrad, C; Canabal, I; Ascolani, P & Bertone, D. 2014. Pág. 16).

En 1971 en el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas firmado en Viena, se agregaron a las listas del convenio de 1961, una diversidad de sustancias que surgieron en la década del sesenta como: éxtasis, LSD y otros alucinógenos, con el propósito de

³ Las cuatro listas se confeccionan según una convención que acuerda como criterio el uso médico de las sustancias psicoactivas, agrupando en la lista I, por ejemplo, sustancias sin ningún uso médico, sometidas al mayor control legislativo y en la lista IV sustancias con numerosos usos médicos, sometidas a un control más leve.

aumentar su control; “...estas sustancias carecen de propiedades adictivas por lo que se las denominó sustancias psicotrópicas (psique y tropia: modificación de la mente)” (Slapak & Grigoravicius, 2006. Pág.243).

En este periodo nuestro país estaba atravesado por conflictos sociales y políticos bajo un gobierno encabezado por militares, en este marco se asociaba el consumo de SP con la subversión y la guerrilla revolucionaria, lo que desembocó en un aumento de la represión a usuarios consumidores, promoviendo un ideal abstencionista en relación al uso de sustancias ilícitas. El Ministro de Bienestar Social José López Rega, “declaraba que las guerrillas son los principales consumidores de droga en Argentina, por lo tanto la campaña antidrogas será automáticamente una campaña anti-guerrilla” (Conrad, C; Canabal, I; Ascolani, P & Bertone, D. 2014. Pág. 19). Es así que en 1974 se sancionó la Ley 20.771, que estableció penas de “... uno a seis años al que tuviera en su poder estupefacientes, aunque estuvieren destinados al uso personal” (Ley N° 20.771; 1974).

Hacia la década del 80, creció la alarma social hacia el consumo de sustancias ilegales y su tráfico a nivel internacional, como consecuencia en 1988 se aprueba en Viena una nueva Convención contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, “...cuyo principal objetivo será la represión del tráfico y considerar como delito la producción, comercialización, adquisición y tenencia de sustancias ilegales” (Slapak & Grigoravicius, 2006. Pág. 243).

Resulta relevante destacar que ninguna convención tipificaba como delito el uso de SP, sólo establecían un sistema de control legal de la producción y el suministro de todas las sustancias controladas para fines médicos y científicos. Sin embargo, la convención de 1988 estableció que los Estados miembros (entre los que se encuentra incluida Argentina, que a través de la ley N° 24.072 en 1992 aprobó dicha convención), debían considerar como delito la posesión para el uso personal, pero incluso así, esta disposición estaba sujeta “a reserva de sus principios constitucionales y a los conceptos fundamentales de su orden jurídico” (Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico de Estupefacientes y sustancias psicotrópicas, 1988. Pág. 4).

Claramente bajo influencia del contexto internacional y la ideología prohibicionista en 1989, en Argentina, se sancionó la Ley de Estupefaciente (N° 23.737), aún vigente. Esta Ley tipifica entre otras conductas penalizables, la tenencia simple, la tenencia para consumo personal y la tenencia con fines de comercialización;

prevé además, medidas de seguridad curativas y educativas como alternativas a la pena privativa de la libertad. De manera que impone al profesional de salud mental a cumplir funciones no sólo de orden sanitario, sino también de agentes de control social.

En el plano institucional, junto a la promulgación de la Ley N° 23.737, se creó la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), la cual tiene como objetivo la prevención, tratamiento de sujetos con problemáticas de consumo y la lucha contra el narcotráfico. Esta secretaria impulsa políticas en salud de corte punitivas-asistencialistas.

La década de los 90 se vio marcada por un achicamiento del estado en áreas como salud, educación y seguridad laboral, generando desigualdad, desempleo, descenso social, exclusión del sistema y marginación. Las políticas públicas sufrieron un fuerte ajuste y los espacios de atención fueron tercerizados o privatizados; como consecuencia surgió un “sistema de becas” (todavía vigente) mediado por un juez, que subvenciona un tratamiento para sujetos con problemáticas de consumo en instituciones privadas o religiosas, en su gran mayoría de corte abstencionista y residencial.

Respecto de la atención pública en adicciones se instaló una nueva “figura del enfermo/criminal, donde las personas eran consideradas desde el campo de la salud enfermas, pero desde el ámbito jurídico criminales (...) un alto número de instituciones llenaron sus cupos con detenidos por la ley 23.737, que obligados por las medidas de seguridad curativa debían elegir entre la cárcel o un tratamiento compulsivo” (Conrad, C; Canabal, I; Ascolani, P & Bertone, D, 2014. Pág. 27).

En 2001, en un contexto de crecientes reclamos sociales, se produjo la mayor crisis económica, política, social e institucional en Argentina; tuvieron que transcurrir cuatro años para que entre nuevamente en vigencia el debate sobre la legislación en materia de drogas. Luego de un proceso de cambio en políticas, en 2007 se creó el Comité Científico Asesor en Control del Tráfico Ilícito de Estupefaciente, el cual se encargó de generar informes y propuestas, priorizando los derechos humanos, para redefinir políticas públicas, tanto a nivel judicial como sociosanitario y legislativo.

A partir del 2008, surgieron un conjunto de modificaciones discursivas a nivel nacional, en relación a descriminalizar la tenencia de drogas para consumo personal (se despenalizó la posesión de estupefacientes para uso personal, si ello no produjera daños

a terceros). Se puede destacar cómo este cambio va progresivamente transformando el ideario criminalizador y patologizante (heredado del paradigma prohibicionista) dando paso a un nuevo paradigma de derechos, favoreciendo la atención de los usuarios consumidores.

En este marco se creó la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 que plantea lineamientos específicos en cuanto a políticas y servicios de atención, e incorpora el enfoque de derechos humanos con eje en la disminución del estigma y la discriminación que sufren las personas drogodependientes cuando se encuentran bajo tratamiento.

En líneas generales la Ley 26.657 plantea como objeto: “(...) asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos pueden establecer las provincias y la ciudad autónoma de Buenos Aires” (Ley N° 26.657; 2010).

En cuanto al tratamiento específico para el consumo de SP, en el Art. 4 dicha ley establece: “...las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud” (Ley N° 26.657; 2010).

En la provincia de Córdoba el campo de la Salud Mental es regulado por la Ley N° 9.848, Régimen de protección de Salud Mental. Esta ley tiene por objeto: a) garantizar el ejercicio del derecho de la población a la salud mental, asegurando su promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; b) el acceso de la población, sin ningún tipo de exclusión, a la atención en salud mental a través de servicios adecuados, integrados y conducidos por expertos en la problemática de salud mental; c) la atención en salud mental como parte integrante e integrada de los servicios generales de salud.

Nos detenemos en este punto para resaltar que en la intervención con sujetos que poseen problemáticas de consumo convergen tres leyes con lógicas totalmente diferentes, como ya se pudo observar, las leyes de salud mental (nacional y provincial)

tienen como objeto la legislación del tratamiento de las personas con padecimiento subjetivo como parte integral de la salud en general, considerando a los mismos como sujetos de derecho; mientras que, por el otro lado, la ley de estupefacientes se concentra ya no en los sujetos sino en la sustancia, brindando una legislación punitiva a la tenencia y tráfico de las mismas, considerando a los sujetos como víctimas o victimarios culpables de su consumo.

Hasta aquí expusimos un acotado pero enriquecedor recorrido histórico incluyendo leyes y convenios, que da cuenta de que no hay respuestas unívocas en materia de consumo de SP.

La forma de intervenir con los sujetos y de nombrarlos no es inocente, sino que parte desde una posición particular. Nuestro posicionamiento es desde el paradigma de los derechos, pero para entender cómo se trabaja hoy en materia de consumo no hay que olvidar que en las instituciones dedicadas a tal fin se entrecruzan diferentes lógicas, es así que en el siguiente apartado haremos hincapié en las definiciones y tratamientos específicos de la problemática al interior de las instituciones de salud mental.

1.2 Conceptos básicos

A continuación nos centramos en algunos conceptos básicos, para luego adentrarnos en los diferentes modelos interpretativos que convergen en las instituciones dedicadas al tratamiento de la problemática, como en la sociedad en general, y que ayudan a alejarnos de un análisis reduccionista o interpretación parcial.

Desde una perspectiva científica el término droga se define como toda sustancia, que poco tiempo después de ser incorporada en el organismo, produce una modificación de sus funciones (Organización Mundial de la Salud. OMS); según la clasificación farmacológica de las drogas, basada en los efectos que las sustancias producen al consumirlas, se distinguen entre: sustancias depresoras como el alcohol (deprime el SNC, lo lentifica, lo cede y provocan sueño), estimulantes como café o anfetaminas (aceleran el SNC, provocan excitación, euforia y aceleramiento), alucinógenos como LSD (alteran las percepciones, provocan alucinaciones, pesadillas y desvaríos) y cannabinoides como la marihuana (pueden deprimir el SNC o afectar la percepción) (Ministerio de Educación, 2009. Pág. 16).

Como puede observarse, la clasificación científica de las drogas no hace hincapié en su legalidad o ilegalidad, se puede decir que esta diferenciación corresponde a una clasificación social (en un determinado tiempo y lugar), así se dividen en: *legales*, las drogas socialmente aceptadas como tabaco y alcohol, también se incluyen medicamentos que son legales regulados; e *ilegales*, son sustancias socialmente prohibidas como marihuana, paco, éxtasis. Esta clasificación no se encuentra vinculada con las propiedades farmacológicas que las drogas tienen ni con sus efectos sobre el organismo.

En cuanto al consumo de dichas drogas, habitualmente se identifica al consumidor de sustancias ilícitas como “adicto”, sin embargo se pueden considerar diferentes tipos de vínculos que las personas establecen con las sustancias, que no necesariamente los hace adictos ni provocan un consumo problemático, cabe destacarse que también el consumo de drogas legales puede ser adictivo o bien llevar a situaciones problemáticas.

Existen así, diferentes niveles de consumo de acuerdo al vínculo que establece la persona con la sustancia, la relación puede ser de uso, de abuso o de adicción; esta clasificación es independiente de la legalidad o ilegalidad de la sustancia.

En cuanto a la relación de *uso*, todas las personas utilizamos drogas, por ejemplo, cuando estamos enfermos tomamos medicamentos, también se puede ser usuario de drogas ilegales, pero la característica fundamental del uso es que es esporádico y ocasional. A diferencia del uso, la relación de *abuso*, refiere al consumo en exceso y con cierta periodicidad de una sustancia; se caracteriza por la intencionalidad del vínculo, se consume para “lograr algo”, por ejemplo reducir la fatiga o mejorar el ánimo. Por último, existe una relación de *adicción*, cuando la persona siente o cree que no puede vivir sin la sustancia, por lo tanto la utiliza de forma permanente y de manera compulsiva; “existe drogadicción cuando se siente la necesidad inevitable de consumir alguna sustancia y se depende física y/o psíquicamente de ella”(Ministerio de Educación, 2009. Pág. 17).

La dependencia Psíquica, es entendida como la compulsión a consumir periódicamente la droga de que se trate, para experimentar un estado afectivo positivo o librarse de un estado afectivo negativo. Por otro lado, la dependencia física se da cuando la droga se ha incorporado al metabolismo del sujeto, el organismo se ha habituado a la

presencia constante de la sustancia, de tal manera que necesita mantener un determinado nivel en sangre para funcionar con normalidad, pudiéndose generar un estado de “Tolerancia”, que refiere a la necesidad de aumentar la dosis para obtener el mismo grado de efecto. Cuando el nivel de droga desciende por debajo de cierto umbral aparece el “Síndrome de Abstinencia” característico de cada droga (Gómez, 2017. Pág. 22).

Actualmente se trata no solo con adicciones a sustancias particulares sino con lo que se denomina poli-consumo, entendiendo a éste como abuso y dependencia que suele darse en las personas que teniendo un diagnóstico principal de dependencia de una SP al mismo tiempo están consumiendo otra.

Otro diagnóstico frecuente, dentro de instituciones dedicadas al tratamiento de consumo, es el de patología dual, ésta refiere a la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por consumo de SP. La importancia de este concepto radica en que “el tratamiento de la patología dual debe llevarse a cabo mediante un modelo de intervención integral, en el que se atiende simultáneamente el trastorno por consumo de drogas y la psicopatología, lo que conlleva que un solo equipo terapéutico aplique un solo tratamiento para la doble patología” (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2010. Pág. 105).

Para finalizar, es importante remarcar que: “1) la presencia de un trastorno mental junto a la drogodependencia no es por azar; 2) los drogodependientes que acuden a los dispositivos de tratamiento presentan en su mayoría patología dual; 3) un trastorno mental es un factor de riesgo importante para el desarrollo de una drogadicción; 4) la drogodependencia es un factor de riesgo a su vez para presentar algún trastorno mental; 5) los pacientes duales presentan más recaídas en el consumo de drogas – si no se aborda esta cuestión debidamente -, presentan más dificultades para establecer una adecuada adherencia al tratamiento y, como consecuencia de todo esto, un peor pronóstico en ambos trastornos; 6) estos pacientes hacen un mayor uso de los servicios asistenciales de ambas redes -salud mental y drogodependencias -; y, 7) en algunos casos existe un riesgo mayor de suicidio” (cita de cita Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2010. Pág. 101).

1.3 Modelos detrás del tratamiento

Como anticipamos, existen diferentes modelos interpretativos en torno al consumo problemático de sustancias, la revisión de estos modelos permiten adentrarnos en las distintas estrategias que la sociedad y las instituciones han adoptado para abordar el tema. Estos modelos analizan la interacción de tres elementos que intervienen en el consumo: la sustancia, la persona y el contexto.

- **Modelo Ético Jurídico:** En este modelo la sustancia ocupa un rol activo, esta perspectiva no se dirige al sujeto sino a las drogas, las cuales tiene el “poder en sí mismas de dirigirse y atrapar, de poseer al individuo” (Ministerio de Educación, 2009. Pág. 19). La persona que consume va a transgredir la ley, y se va a transformar así en un delincuente, produciendo una dualidad entre los consumidores desviados y la sociedad normal. Se puede observar una incongruencia en este modelo, ya que por un lado, se entiende a la droga desde un rol activo y al consumidor como mera víctima de ella, y por otro lado el consumidor también es victimario culpable por consumir la sustancia. El enfoque que este modelo impulsa es de carácter prohibicionista/ abstencionista, ya que promueve acciones tales como la sanción, el control y el castigo como formas de prevención de la problemática. (Ministerio de Educación, 2009. Pág. 20)

Cabe destacar que la Ley de Estupefaciente vigente en nuestro país está claramente vinculada a este modelo de interpretación y prevención de consumo de SP.

- **Modelo Médico Sanitario:** Este modelo, al igual que el anterior, pone acento en la sustancia, entendiendo a ésta como agente causal de enfermedad, por consiguiente se considera al consumidor ya no como delincuente, sino como enfermo. Las sustancias, los sujetos y el contexto son analizados como agente, huésped y ambiente, tratando el tema como una enfermedad infecto-contagiosa. Considera las drogas (agente) tanto legales como ilegales, distinguiendo, a partir de sus efectos en el organismo, entre drogas blandas y duras, de acuerdo a su menor a mayor toxicidad. Desde esta perspectiva se considera que el agente es capaz de

contaminar al sujeto (huésped) en caso de que el contexto lo torne vulnerable.

El modelo médico sanitario apunta a la prevención del consumo o a la cura de la enfermedad (a través de medicalización de los “pacientes”). Es interesante destacar que la actividad preventiva de este modelo se asienta sobre la perspectiva médica hegemónica donde es el médico el que sabe, en relación asimétrica con un público que “no sabe”, asumiendo ante todos su rol de experto en drogas (Ministerio de Educación, 2009. Pág. 21).

- Modelo Psico-Social: El presente modelo, es más actual que los mencionados anteriormente, lo más relevante es que no pone el acento en las sustancias sino en el sujeto que la consume. Aquí lo importante es el vínculo que la persona establece con la sustancia, cualquiera sea esta (lícita, ilícita, dura, blanda), es así que utiliza los conceptos de uso, abuso y adicción ya mencionados.

“Al igual que en el modelo anterior, se considera enfermo al consumidor abusivo o compulsivo, pero una persona ya no se enferma por consumir drogas, sino que la enfermedad es previa al consumo: porque estaba enfermo consume drogas” (Ministerio de Educación, 2009. Pág. 21). Esta perspectiva considera que la adicción no es una enfermedad, sino la manifestación de un trastorno psíquico; señala la existencia de conflictos del sujeto con su medio microsocioal, los grupos de pertenencia y de referencia, con especial énfasis en la familia y el grupo de pares, por lo que el sujeto se aísla y expresa su enfermedad a través del consumo de sustancias.

La propuesta de acción sobre el problema “no es abstencionista, sino que consiste en una prevención inespecífica, que incluye acciones tendientes al desarrollo de actitudes de autocuidado y al mejoramiento de las relaciones interpersonales” (Ministerio de Educación, 2009. Pág. 22).

- Modelo Socio-Cultural: Pone como eje del problema al contexto, la lectura desde esta perspectiva es macrosocioal; toma en cuenta las características de la estructura socioal, señalando rasgos de la sociedad

contemporánea y definiendo como determinantes los factores culturales y socioeconómicos, “es la presión ejercida por estos factores sobre el individuo lo que conduce al consumo de drogas, leído éste como forma de evadirse de una realidad que es vivida como insoportable” (Ministerio de Educación, 2009. Pág. 22). Desde este enfoque se asocia el consumo de sustancias con problemáticas estructurales, la relación más común es pobreza/consumo.

Por lo tanto, la propuesta de acción está orientada a mejorar las deficiencias de la calidad de vida de las personas a través de, por ejemplo, planes de alfabetización, construcción de viviendas, acceso a la salud, educación, etc.

- **Modelo Ético Social:** Esta perspectiva propone un análisis crítico de los enfoques anteriores, buscando integrar estos modelos parciales en un solo enfoque. Además tiene en cuenta no solo la triada contexto- sujeto-sustancia, sino también la preocupación por la existencia, por el sentido de la vida, por la búsqueda de la felicidad. Apuesta a la enseñanza para la prevención de la drogadicción, a través de la educación preventiva y adoptando una metodología que debe tender al “circuito de aprendizaje” generando proyectos colectivos. Propone a la ética social como un factor que conduce a “un fenómeno o proceso histórico, sin dejar de lado la multiplicidad de significaciones que de por sí implica el análisis de la drogadicción en el mundo actual” (Ministerio de Educación, 2009. Pág. 23).
- **Modelo Multidimensional:** considera el consumo como un proceso multidimensional en el que interjuegan la sustancia (elemento material), los procesos individuales del sujeto (su posición en relación con la sustancia) y la organización social en que se produce el vínculo de los dos elementos anteriores, incluyendo las dimensiones política y cultural.

Luego de esta breve descripción de los modelos interpretativos que giran en torno a la problemática de consumo, es necesario remarcar que “los modelos suponen un alto nivel de abstracción, y sólo deben considerarse como referencias teóricas de

situaciones concretas, históricamente determinadas. Al hablar de modelo se parte de un nivel explicativo amplio que luego debe articularse entre la descripción y el análisis de situaciones específicas” (Camarotti & Kornblit, 2015. Pág. 212).

Es así que en el presente trabajo nos posicionamos desde una perspectiva amplia que intenta integrar más de un modelo interpretativo, con la intención de que la mirada de la problemática no se reduzca a cuestiones médicas o jurídicas, sino que involucre dimensiones sociales, económicas, culturales y que no deje por fuera la voz de los sujetos que transitan la problemática ya sea como consumidores o como familiares/amigos/vecinos de ellos.

Queda claro que la problemática es compleja, por lo tanto destacamos los dos últimos modelos expuestos (multidimensional y ético social) para poder pensar una intervención que, además de enmarcarse en la Ley de Salud Mental (N° 26.657) apunte a la promoción de alternativas, de protagonismo, de fortalecimiento de redes sociales, sentando sus postulados básicos en: el compromiso ético, la participación y la recuperación del sentido; siendo el tiempo libre el ámbito privilegiado por su posibilidad creadora, la construcción de un proyecto personal y articulado en lo grupal y social, la escucha como posibilitadora, la responsabilidad individual y social.

En el siguiente capítulo nos centraremos en el campo de la salud mental y en el Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción (IPAD), institución dedicada al tratamiento de personas con problemáticas de consumo de sustancias, donde se podrá observar la convergencia de estos modelos en el accionar profesional y por supuesto las dificultades que surgen de tal convergencia.

CAPÍTULO 2:

Campo de la Salud Mental



La ley Nacional N° 26.657, establece que el consumo problemático de sustancias debe ser atendido como parte integrante de la salud mental, es así que en la provincia de Córdoba la ley de Salud Mental N° 9.848 regula el accionar de las instituciones dedicadas a esta problemática. En el presente capítulo nos centraremos en el campo de la salud mental para analizar el accionar profesional al interior del IPAD.

Para introducirnos en el campo de la salud mental, recurrimos a Bourdieu quien define a los campos sociales como "espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias" (Bourdieu, 1987. Pág. 108); los campos se presentan como "sistemas de posiciones y de relaciones entre posiciones" (Costa, 1976. Pág.3).

El campo de la salud mental históricamente se ha caracterizado por una concepción hegemónica sobre la definición de salud mental, centrada en aspectos biológicos, esta concepción se encuentra relacionada con lo que Menéndez ha denominado modelo médico hegemónico en salud, que se corresponde con el predominio en el sector salud de la medicina llamada científica, caracterizada por una mirada biologicista y supuestamente objetiva (Menéndez, 1990. Pág. 94). Quienes basan su intervención en este modelo al interior de instituciones como el IPAD son los médicos psiquiatras.

También existen en el campo, representaciones de la salud como "una cuestión vital de atribución individual y colectiva, que supera los aspectos biofisiológicos y la sitúa en el campo de la lucha política tanto por parte de los profesionales de la salud como de los sectores populares" (De Souza Minayo, 1997. Pág. 57). Estas representaciones se observan en profesionales de trabajo social y en los mismos sujetos que reciben tratamiento dentro del IPAD.

Para Bourdieu, los campos "son estructuras vivas, en la medida que hay jugadores dispuestos a jugar el juego, que creen en las inversiones y recompensas, que están dotados de un conjunto de disposiciones que implican a la vez la disposición y la capacidad de entrar en el juego y de luchar por las apuestas y compromisos que allí se juegan" (De Riso, 2009. Pág. 5). Es así que, al interior del campo de la salud mental, juegan tanto los profesionales como lo sujetos con problemáticas de consumo, siempre haciendo uso de los diferentes capitales con que cuentan.

La teoría de Bourdieu resulta útil para el análisis del campo de la salud mental, donde se encuentra inserta la problemática del consumo de sustancias, porque en su

interior se juegan formas de comprensión, interpretación y explicación de la problemática, se legitiman prácticas específicas de diferentes profesiones y se genera un sustento legal de ese campo que regula el conjunto de prácticas de todos los involucrados.

En resumen, el campo de la salud mental es complejo, contradictorio, sin límites definidos, va más allá de la salud individual “en tanto está fuertemente impactado por los procesos de crisis y transformación de la vida social y su incidencia en la subjetividad (...) esto genera nuevos interrogantes y demandas, que implican a los sujetos, los grupos, las organizaciones, así como los referentes institucionales y los marcos teóricos. Estamos ante hechos que nos muestran la emergencia de nuevas formas de vinculación, de significarse a sí mismos y al otro y también de nuevas patologías” (Pampliega Quiroga, Ana, 1998.Pág.105).

El consumo de sustancias psicoactivas se inscribe en el campo de la salud mental como una de estas nuevas patologías, sobre las que se interviene desde diferentes perspectivas, este es el caso del IPAD como veremos a continuación.

2.1 Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción

El IPAD, nace como institución municipal en el año 1960 a través de la ordenanza N° 25, fundada por el Dr. Enrique Belascuain bajo el nombre de “Instituto Municipal de Alcoholismo” dependiendo de la secretaría de Salud Municipal. En el año 1981, pasa a formar parte del plantel de instituciones de la dirección de Salud Mental dependiente del Estado provincial.

La institución se encuentra ubicada en la Av. Alvarez Arenales 191 de barrio Junior, formando parte de la llamada “manzana de salud mental” junto al Hospital Neuropsiquiátrico Provincial⁴, La Casa de Joven⁵ y el Centro de Rehabilitación Socio Laboral⁶.

⁴ Hospital Neuropsiquiátrico Provincial es el mayor hospital neuropsiquiátrico público de la ciudad de Córdoba. Es operado y gestionado por el Ministerio de Salud de la Provincia

⁵ Casa del Joven es una institución de salud mental para jóvenes entre 14 y 20 años. Los programas que ofrece son: Programa para Consumidores de Sustancias, Programa de Trastornos de las Conductas Alimentarias, Programa para jóvenes psicóticos, Hospital de día, Programa de Prevención promoción y educación para la salud y Talleres Culturales. La institución posee el servicio de guardia, admisión y consultorio externo

⁶ Centro de Rehabilitación Socio laboral, es una institución en la cual se realizan talleres de reinserción laboral, para sujetos que se encuentran en proceso de reinsertarse en la sociedad

En sus comienzos trataba exclusivamente problemas relacionados al consumo de alcohol y la atención era ambulatoria, los sujetos que requerían internación eran derivados a instituciones psiquiátricas. Posteriormente, debido al aumento de la demanda por poli consumo, el IPAD, amplía su accionar para atender esta problemática (Lic. S. Ramallo, comunicación personal, Abril 2017).

Hoy, es un instituto monovalente de tercer nivel dedicado al tratamiento de pacientes con trastornos relacionados al consumo de sustancias, su objetivo principal es la rehabilitación y deshabitación del Consumo.

Cuenta con un servicio de admisión interdisciplinaria que incluye profesionales de psicología, psiquiatría y trabajo social, además cuenta con internación, laboratorio de análisis clínicos, servicios de tratamiento psicológico individual, servicio de trabajo social, psiquiatría, clínica médica y enfermería.

El servicio de internado cuenta con 38 camas, 30 para hombres, 8 para mujeres. Sin embargo, en muchas oportunidades se ve colapsado por la alta demanda de pacientes que requieren internación. En relación a esto, destacamos que la mayoría de los sujetos que se encuentran bajo tratamiento en el IPAD son hombres, además un alto porcentaje de los mismos se encuentran en procesos judiciales por problemáticas relacionadas no solo al consumo sino también a violencia familiar y robo (Ministerio de Salud, 2017).

Por último mencionamos que dentro de la institución se realizan capacitaciones a profesionales de todos los servicios brindadas por el Comité de Docencia e Investigación, además de una capacitación intra-servicio semanal.

2.2 Intervención profesional

Cada intervención se diferencia según la profesión involucrada, aunque la ley que atraviesa la temática incluye la interdisciplina entre sus artículos, esta tarea se dificulta dentro de instituciones como el IPAD, dependiendo del momento de intervención, lo veremos a continuación.

Solo con fines analíticos dividimos el tratamiento que se le brinda a los sujetos dentro del IPAD, en tres: admisión, tratamiento propiamente dicho y externación o alta médica, para poder explicar el accionar de los profesionales.

Admisión: se realiza de manera interdisciplinaria, entendemos a la interdisciplina como “el análisis desde distintas miradas científicas a problemas, cuya complejidad es tal, que con el aporte de cada una de las disciplinas a la interdisciplinariedad, ayudaría a desentrañar las distintas dimensiones de la realidad social” (Grisolia, 2016. Pág.3).

Constituye el punto de partida en el tratamiento, es en la admisión donde se evalúan las características del problema y se establece un diagnóstico inicial, es el primer contacto con el sujeto. De esta manera, en el proceso de admisión se hace una lectura interdisciplinaria de la situación que transita el sujeto que llega a la institución, luego de esta lectura se le asigna un equipo tratante, ya sea para internación o tratamiento ambulatorio.

El acceso al tratamiento que brinda la institución puede ser por dos vías: *voluntaria*, a través de un turno para admisión o *judicial*, el sujeto es derivado a la institución por orden penal o civil, en este caso la persona es admitida más allá de la opinión del equipo de profesionales.

Tratamiento propiamente dicho: una vez que el sujeto es admitido para tratamiento, puede seguir dos vías:

A. Internación: el primer profesional en tener contacto con el sujeto es el médico psiquiatra asignado en la admisión, quien receta los medicamentos pertinentes y solicita análisis y control médico de ser necesario. Seguidamente es entrevistado por el psicólogo y por último, se aborda el caso desde Trabajo Social.

Existen instancias de reunión de equipo tratante para revisión de evolución del paciente y planificación de posibles líneas de acción terapéuticas, otra de las decisiones tomadas en esta instancia es la de aprobación de permisos terapéuticos (que debe ser firmada por las tres disciplinas). Diferenciamos este trabajo de la admisión en relación a la interdisciplina, ya que si bien se realizan reuniones de equipo, el sujeto es tratado de manera fragmentada por cada disciplina. No existe una instancia de tratamiento “grupal” abordado, por ejemplo, desde Trabajo Social y Psicología, sino que el tratamiento es personal con cada sujeto por separado.

B. Tratamiento ambulatorio: si en el proceso de admisión el equipo considera que el paciente tiene las condiciones necesarias (no presenta riesgos para sí ni para

terceros) como para realizar tratamiento ambulatorio, se le asigna un equipo tratante pero, a diferencia del internado, se deben sacar turnos para entrevistas/atención con cada una de las disciplinas por separado.

Alta médica: la decisión de externación o alta médica, es tomada por el médico psiquiatra, lo que provoca obstáculos para el abordaje desde las disciplinas de Trabajo Social y Psicología, ya que la desintoxicación o “estabilización del paciente” (procesos biológicos) se realizan en un tiempo relativamente corto (un mes), el caso del abordaje social es diferente, conlleva un trabajo más prolongado (en tiempo) ya que se deben abordar situaciones de vulnerabilidad tanto psicológicas como socio económicas, habitacionales, fortalecimiento de vínculos, etc.

Una vez delimitadas las instancias de tratamiento, a continuación se presenta el análisis del accionar profesional dentro del IPAD, con el objetivo de exponer las consecuencias que estas prácticas tienen sobre los sujetos.

En este punto, siguiendo con los aportes de Bourdieu, el campo puede ser entendido como “(...) un espacio específico en donde suceden una serie de interacciones (...) un sistema particular de relaciones objetivas que pueden ser de alianza o conflicto, de concurrencia o de cooperación entre posiciones diferentes, socialmente definidas e instituidas, independientes de la existencia física de los agentes que la ocupan” (Navarro & Durán, 2003. Pág.16). El sector salud, como campo, tiene estas características, que llevadas a espacios institucionales como el IPAD, pueden ser entendidos como escenarios de intervención, donde se expresan una serie de tensiones que coinciden con la idea de campo antes mencionada.

El entramado de relaciones objetivas que se genera entre los profesionales que intervienen en el IPAD es diverso, existen relaciones de conflicto que involucran por un lado a médicos psiquiatras, que desde su posición hegemónica en el área de la salud imponen una mirada de la problemática centrada en lo biológico, dejando relegadas al resto de las profesiones como trabajo social, psicología, enfermería; es en este punto donde se disputa entre los profesionales la metodología de intervención con los sujetos, particularmente al momento de decidir el alta, donde son los médicos psiquiatras los únicos legitimados en darla, cuando desde las otras disciplinas se requiere seguir trabajando.

De esta manera se produce una desinstitucionalización a través del alta médica sin tener en cuenta las condiciones de externación o las posibilidades con que cuenta el sujeto para reinsertarse en la sociedad. Es así que solo se tiene en cuenta la rehabilitación biológica, lo que provoca una alta tasa de reinternación, ya que los sujetos se encuentran, al salir de la institución, con una alta vulneración en su espacio social.

Por otro lado, las y los profesionales de Psicología, Trabajo Social y Enfermería forman en la práctica, relaciones de alianza para la atención de los sujetos, combinando en sus estrategias de intervención la asignación de recursos con intervenciones familiares para propiciar una externación exitosa, trabajando los lazos o recursos familiares y comunitarios con que cuenta el sujeto.

Otro actor importante que no debe dejar de tenerse en cuenta en el análisis del campo, son los sujetos que transitan problemáticas de consumo o lo que se denomina enfermedad dual; las personas que se encuentran internadas dentro del IPAD ponen en juego sus capitales para lograr diferentes objetivos como salir de la institución, conseguir bienes económicos, visitas de sus familiares, permisos terapéuticos, etc.; es a través de su discurso que buscan lograr estos objetivos, son personas que conocen el funcionamiento de la institución y “lo que los profesionales *quieren escuchar*” (Lic. L. Cabanillas, comunicación personal, Junio 2017), en numerosas ocasiones recurren a la mentira y persuasión en entrevistas individuales, lo que suele entorpecer el accionar profesional, retrasando el tratamiento.

Son los discursos y acciones tanto de los profesionales como de los sujetos, los que muchas veces van a generar situaciones de conflictos y alianzas; según Martín Criado, la diferencias entre el decir (los discursos) y el hacer (las acciones) están generadas por imperativos estructurales, como los recursos en juego; e imperativos simbólicos, como la incorporación de ideas, creencias, valores y actitudes; que limitan la forma de pensar y de accionar de los profesionales, es decir que los sujetos no siempre hacen los que piensan y piensan los que hacen, es así que “frente a una escisión entre el decir y el hacer consideramos al discurso como otra práctica más (...la cual...) variará en función de las situaciones, como las apuestas en juego, los grupos en presencia, las reglas de aceptabilidad de unas prácticas u otras” (Criado, 1998. Pág. 67).

Para finalizar este análisis y haciendo énfasis en nuestra futura profesión, remarcamos que “todo campo profesional se estructura como una forma específica de respuesta a ciertos problemas que devienen imperativos sociales y que plantean la necesidad de una práctica social determinada” (Aquín, 1995. Pág. 3). En Trabajo Social este imperativo está dado por los efectos que las contradicciones de la organización social, producen en los procesos reproductivos particulares y sociales de los sectores subalternos.

Siguiendo a Carballada, “lo social en términos de intervención puede ser pensado en tres órdenes. En primer lugar, “la acción “interventiva” de los trabajadores sociales se desenvuelve, dialoga y entrelaza con los diferentes dispositivos de Protección Social” (Carballada, 2012. Pág. 39). En el caso del IPAD el dispositivo más utilizado es el certificado de discapacidad, que provee de beneficios como boletos de colectivo gratuitos y prestaciones monetarias a los sujetos que lo obtienen, otros dispositivos son pensiones y tramitación para el traslado de los sujetos a casas de medio camino, cabe aclarar que estas casas son escasas en la ciudad de Córdoba y en su mayoría restrictivas para el ingreso de personas con problemáticas de consumo.

“Un segundo orden de los aspectos intrínsecos del Trabajo Social, se vincula con la intervención en las tramas sociales que rodean, construyen y se generan desde la singularidad del sujeto de intervención. Las tramas sociales pueden ser entendidas desde una mirada sociológica, ligadas a la noción de lazo social como elemento de articulación e integración del sujeto al todo societario. El lazo social, desde esta perspectiva, construye subjetividad a través de diferentes modalidades de relaciones, intercambios y formas de reciprocidad entre los individuos” (Carballada, 2012. Pág.39). Las profesionales de trabajo social en el IPAD, como parte de su intervención, buscan generar el encuentro entre los sujetos internados, la sociedad y la cultura en cada circunstancia particular, propiciando un ambiente favorable para su posterior externación.

“Un tercer orden que termina de delimitar “lo social” del campo del Trabajo Social, remite a la relación gestada (...) entre la noción de necesidad social y problema social. (...) El Trabajo Social se involucra con problemas sociales que pueden contener dentro de ellos mismos necesidades o no y con necesidades que pueden contener problemas sociales. En la actualidad es más el problema social el lugar de demanda

hacia la intervención, que la resolución de necesidades” (Carballeda, 2012. Pág.39). En el IPAD y en el campo de la salud mental en general, estas cuestiones son visibles, la demanda de intervención atraviesa diversos campos como el conflicto con la ley, falta de educación, situaciones de violencia, abusos, etc.

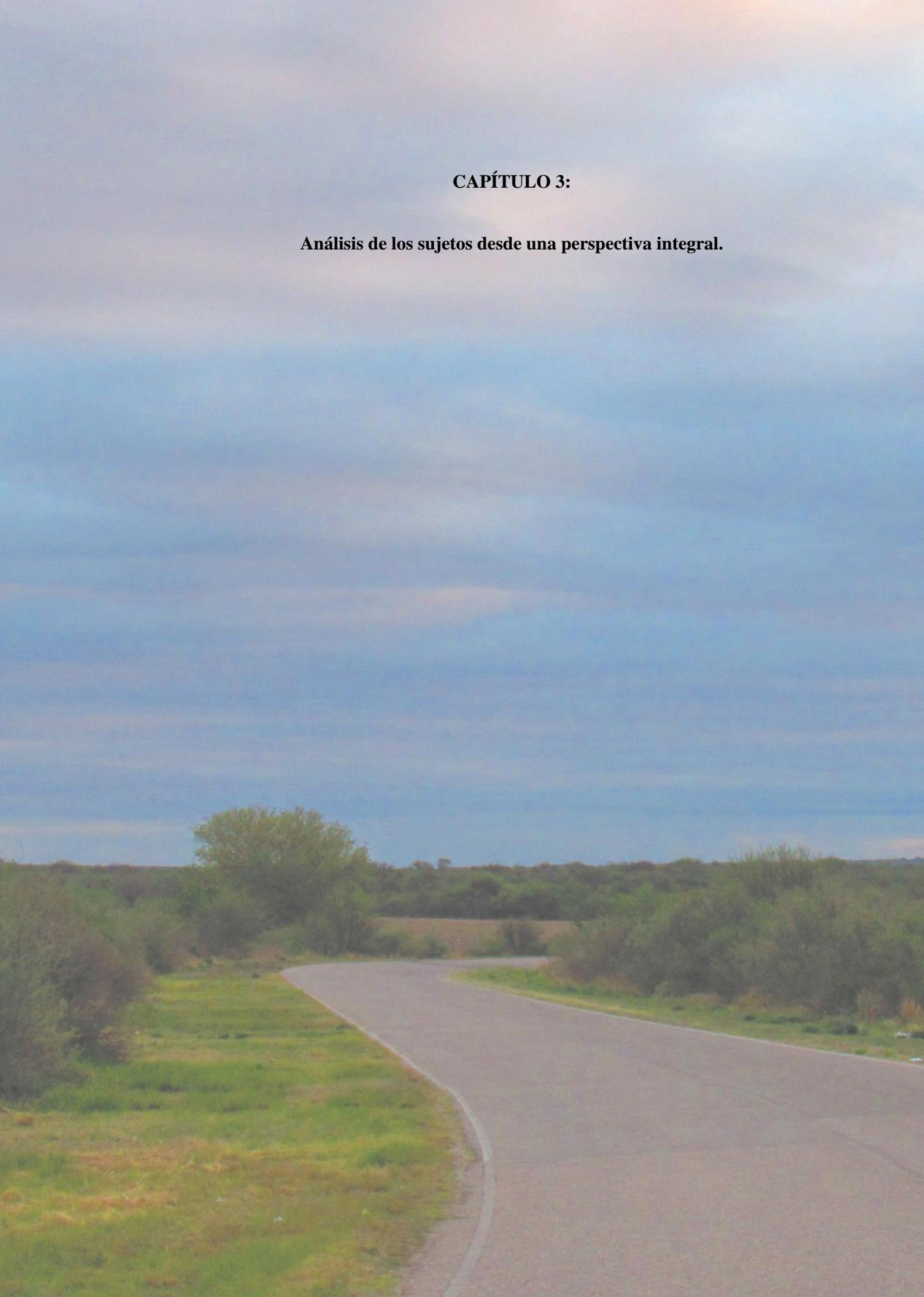
“En síntesis, desde el análisis de la práctica cotidiana del Trabajo Social como disciplina especialmente desde una perspectiva procesual, estos tres órdenes están presentes con diferentes maneras de presentación e importancia de acuerdo a la singularidad del proceso de intervención en lo social” (Carballeda, 2012. Pág. 39).

El Trabajo Social interviene cuando se presentan obstáculos o dificultades, socialmente reconocidas como tales, en los procesos de reproducción cotidiana de la existencia; reproducción que se desarrolla fundamentalmente en el ámbito doméstico, entendiendo a este último no como el ámbito privado, sino que abarca todas las actividades de producción y consumo cotidiano (Aquín, 1995. Pág. 3).

El ejercicio profesional de las trabajadoras sociales del IPAD, se verá atravesado por estas contradicciones, obstáculos y dificultades, tanto materiales como no materiales, que tienen las personas con consumo de SP. Es aquí, donde se ponen de manifiesto las diferentes estrategias, tanto de carácter asistencial como promocional, para intentar satisfacer las necesidades de los sujetos.

CAPÍTULO 3:

Análisis de los sujetos desde una perspectiva integral.



En este capítulo nos centraremos en los sujetos con problemáticas de consumo de sustancias, intentando hacer una lectura integral de su realidad, haciendo uso de categorías analíticas que consideramos indispensables para su análisis y caracterización, utilizando además la información recaudada a través de observaciones, entrevistas e involucramiento con los protagonistas de nuestra intervención.

“...no hay lectura inocente, es decir toda interpretación del mundo toda forma de conocimiento de lo real, está indefectiblemente situada por el posicionamiento de clase, la perspectiva político ideológica, los intereses materiales, los condicionamientos culturales o la subjetividad (consciente o inconsciente) del intérprete” (Eduardo Grüner, 2008. Pág.1).

“Ninguna conceptualización que se haga de los sujetos, es inocente sino que está impregnada de un marco teórico político sustentado en cierta medida en alguno de los paradigmas de la teoría social, que siempre encubre, consciente o inconscientemente, determinados intereses que tienden a reproducir o cuestionar el orden de las “cosas” (Acevedo, Artazo & López, 2007. Pág. 3).

A continuación, pretendemos llevar a cabo el análisis de los sujetos desde una perspectiva de derecho, cuestionando las prácticas y significados que atraviesan la vida cotidiana de las personas con problemática de consumo.

3.1. Los protagonistas.

La categoría de “sujeto no se define solamente por sus condiciones objetivas, sino también, y fundamentalmente, por lo que se ha llamado habitus, o disposiciones, o lo social hecho cuerpo, esto es, una estructura estructurada por condiciones objetivas y estructurante de percepciones, pensamiento y acción” (Aquín & Acevedo, 2015. Pág.1)

Los sujetos con consumo problemático, están atravesados principalmente por un proceso de **exclusión**, “Castel (1995) considera que la exclusión, más que de un estado, se trata de un recorrido: el paso de una zona de vulnerabilidad o precariedad en el empleo y en las relaciones sociales, hasta una zona definida por la ausencia de trabajo y el aislamiento social” (cita de cita Raya Díez, 2004. Pág. 3). De esta forma, la exclusión social alude a un proceso en el que los individuos van perdiendo el sentimiento de pertenencia a la sociedad a medida que aumenta su vulnerabilidad. Castel habla de un

estado de desafiliación, concepto que transmite la idea de trayectoria, de procesos, de personas que se desenganchan y caen (cita de cita Raya Díez, 2004. Pág. 4).

Coincidimos con el autor, en que los procesos actuales de desafiliación tienen su origen en la nueva organización del trabajo asalariado. Así, la exclusión estaría estructurada en base a dos ejes fundamentales: la inserción ocupacional y las relaciones sociales (familia, comunidad, y asociacionismo laboral).

En cuanto a las relaciones sociales, los sujetos en su mayoría han perdido los lazos más significativos, aquí cobra relevancia el concepto de familia, como un “espacio de vínculos afectivos que se transforma en contenedora de los efectos adversos por una parte, y por otra, las propias relaciones sociales se ven atravesadas por las condiciones familiares en tanto al privatizarse el conflicto social, como plantea Castell, la familia se vuelve más vulnerable porque se debilitan los soportes relacionales y por lo tanto muchas veces incapaz de contener los conflictos de sus miembros ante la imposibilidad de la autosustentación demandada” (Jong, 2000. Pág. 37).

A través de entrevistas individuales y análisis de historias vitales de los sujetos con que trabajamos, pudimos identificar factores de riesgo⁷ en las familias como: historia familiar de alcoholismo, uso de drogas parental y actitudes positivas hacia su uso; una familia se configura como un factor de riesgo cuando en la misma se promueven actitudes de consumo de drogas legales o ilegales y más aún cuando el consumo se encuentra presente por parte de padres o adultos, cuando existe una alta conflictividad intrafamiliar, abuso psíquico o físico y bajas expectativas para los miembros de la familia en lo que refiere al desarrollo personal.

Si bien en la mayoría de los casos estudiados se evidencio la existencia de factores de riesgo familiares previos al consumo de los sujetos, también nos encontramos con situaciones en que la familia fue desestructurándose a causa del consumo de alguno de sus miembros; las principales situaciones que surgieron de las entrevistas fueron: el aislamiento de la persona con problemática de consumo, violencia, robo y dependencia ya sea familiar o institucional en el caso en que se han roto todos

⁷ “...un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)” (Becoña, 2002).

los lazos familiares; estos factores de a poco contribuyen a la exclusión social de los sujetos.

En relación a la inserción ocupacional, y el sostenimiento económico, se transforman en motivos de incertidumbre que impactan en el padecimiento subjetivo. La visión del trabajo como espacio idóneo y sostenedor de la identidad y como constructor de espacios de socialización marca en forma determinante la identidad de los sujetos, presentando así la posibilidad de elaborar ciertos proyectos de vida o trayectorias.

La idea de que tener trabajo "resolverá" las tensiones, se relaciona con la intensa carga simbólica que se le atribuye, desde la sociedad capitalista, para que los sujetos puedan satisfacer sus necesidades, tanto materiales como simbólicas. Esta lógica de individualismo que atraviesa la sociedad actual, pone mayor presión en los sujetos, donde son ellos los responsables de su propio bienestar.

Aun así, el trabajo sigue constituyendo una opción válida entre las alternativas o posibilidades de construir sociabilidad, repercutiendo en la imagen que se tendrá de quien lo posee. En esta línea, resaltamos que todos los sujetos con los que trabajamos tuvieron experiencias laborales hasta el momento de caer en el proceso de internación, en su discurso el trabajo está en el pasado, en el momento previo al consumo y es visualizado como una salida del mismo a futuro.

Concluimos con Carballada en que "las problemáticas sociales complejas son producto de diferentes procesos de estigmatización, de marcas que se expresan en los cuerpos, se inscriben en la memoria, dando cuenta de nuevas formas de padecimiento y son en parte, efecto de la tensión, integración-desintegración de nuestras sociedades". (Carballada, 2008. Pág. 6).

La problemática de consumo es compleja y afecta de manera diferente a cada sujeto según su trayectoria de vida, pero hay algo que tienen en común y es la necesidad de alcanzar autonomía personal, la que consideramos ligada al ejercicio de ciudadanía, entendiendo a ésta desde sus dos dimensiones: por un lado como la capacidad para el ejercicio de derechos, y por otro lado como pertenencia a la comunidad política. El discurso que circula desde el sentido común en relación a los sujetos con problemática de consumo es el de una ciudadanía deteriorada, recortada, flexible, a veces inestable o efímera.

Es así que afirmamos la importancia del fortalecimiento de la autonomía como uno de los pasos previos, no sólo para la reinserción social, sino también para el logro

de una ciudadanía plena. Lograr esto es, al igual que la desafiliación, un proceso que tiene que tener en cuenta no sólo el contexto y los recursos con los que se cuenta, sino también las potencialidades y capacidades de cada sujeto.

Lo expuesto hasta aquí es una caracterización general de los sujetos con consumo problemático de sustancia, a continuación en el capítulo siguiente se hará referencia a la experiencia de intervención que llevamos a cabo dentro del IPAD, donde focalizamos la descripción de los casos trabajados con sus particularidades y la propuesta de intervención desde el trabajo social.

CAPÍTULO 4:

El Trabajo Social en el Proceso de Externación



A partir del análisis teórico- práctico; en este capítulo nos centraremos en el proyecto de intervención que realizamos, dando cuenta no sólo del objeto de intervención, sino también los objetivos planteados, la metodología utilizada y las repercusiones y limitaciones que se desarrollaron durante el proceso.

4.1. Experiencia pre-profesional

Posicionándonos desde el campo de Trabajo Social, entendemos al objeto de intervención como el “sobre qué” de la misma, su definición se lleva cabo a través de la construcción histórico-social de la problemática, teniendo en cuenta las manifestaciones sociales que implican los obstáculos a los que se enfrentan los sujetos en la reproducción cotidiana de la existencia (Aquín, 1995. Pág. 21).

Coincidiendo con lo anterior, Nora Aquín define al objeto de intervención como “el equivalente teórico de una necesidad demandada por la realidad, para cuya realización (satisfacción o redefinición) debe ejercerse una función específica (...) El trabajo social orienta su intervención a la atención de necesidades (materiales y no materiales) de persona, familias, grupos y poblaciones que tienen dificultades para la reproducción de su existencia promoviendo su vinculación con instituciones públicas y privadas que disponen de o pueden crear satisfactores” (Aquín, 1995. Pág. 21).

En resumen, el objeto de intervención del trabajo social, dentro del campo en que se inserte, no es un problema social en el sentido amplio, sino la delimitación teórico-metodológica de una problemática puntual a trabajar, delimitación que se realiza teniendo en cuenta el contexto macro y micro, la demanda de los sujetos que presentan el problema y las posibilidades de resolución o respuesta a dicho problema.

En el marco de la práctica pre profesional, a través de la investigación, indagación y diagnóstico tanto de la institución como de los sujetos con problemática de consumo, detectamos necesidades materiales y no materiales o simbólicas. Si bien nuestro objeto de intervención está delimitado a una de estas necesidades, consideramos pertinente exponer todas, ya que se interrelacionan, tanto las necesidades como los satisfactores.

Necesidades materiales: la mayoría de los sujetos transitan por una situación de vulnerabilidad económica, que en el peor de los casos los lleva a tener que vivir en la calle. Si bien la intervención, dentro del IPAD, en primera instancia apunta a satisfacer

estas necesidades a través de pensiones, articulación con instituciones de medio camino y hospedajes para quienes están en situación de calle, consideramos que si, en paralelo, no se trabajan las necesidades simbólicas de los sujetos no es posible avanzar hacia una reinserción social exitosa.

Necesidades no materiales o simbólicas: los sujetos poseen lazos sociales y familiares frágiles o inexistentes, dificultad para el sostenimiento de actividades que requieran constancia, cumplimiento de horarios y de normas institucionales; por último destacamos la escasa autonomía de los sujetos, lo que genera una dependencia institucional y/ o familiar (en los casos en que se encuentre presente la familia).

Por otro lado identificamos dificultades en el tratamiento de los sujetos dentro del IPAD, donde en numerosas oportunidades, se produce la interrupción del tratamiento por fuga de los sujetos de la institución; existe un escaso seguimiento en el tratamiento ambulatorio, ya que si los sujetos no regresan, la intervención encuentra su límite.

Es a partir de estas necesidades que definimos nuestro objeto de intervención como: *Escasa autonomía de los sujetos en el proceso de la externación.*

Entendemos a la Autonomía como la capacidad que cada uno de nosotros tiene de vivir su propia vida según sus razones y los motivos que toma como propios y que no son producto de fuerzas externas manipuladoras, por consiguiente, un sujeto deja de ser autónomo cuando no es (él mismo), quien decide cómo dirigir su vida, sino que son fuerzas externas a su voluntad las que la guían.

A partir de esta definición, sostenemos que los sujetos que se encuentran atravesados por la problemática, comienzan a ser dependientes, tanto de las instituciones por donde transitan, como el IPAD, como así también de los vínculos que conforman con otros, dejando que estos otros actores tomen decisiones con respecto a sus necesidades y los modos de satisfacerlas, sin tener en cuenta las opiniones, pensamientos y deseos de los protagonistas. Esta situación tiene el agravante de que en algunos casos la droga que consumen los sujetos pasa a ser un condicionante para su accionar, lo que no quiere decir que pierdan totalmente su autonomía, pero sí que esta se ve afectada ya que (todas las acciones de los sujetos están dirigidas a conseguir su próxima dosis, según su testimonio) (Primer taller, Septiembre, 2017).

Una vez delimitado el objeto de intervención, es necesario dejar claro que consideramos a la autonomía como eje transversal para lograr una ciudadanía plena.

Nos planteamos como objetivo general: *Fortalecer la autonomía de los sujetos a través de estrategias que incorporen sus demandas, sus deseos y potencialidades.*

Como objetivos específicos nos propusimos: articular el IPAD con instituciones que brinden espacios recreativos y socio laborales; incorporar en la intervención diaria de los profesionales de Trabajo Social la dimensión de autonomía; y reforzar la significación positiva de los sujetos en relación a los tiempos libres, actividades recreativas y trabajo.

Estos objetivos los desarrollamos a través de cuatro líneas de acción:

1. Fortalecimiento de la intervención de Trabajo Social: la cual se caracterizó por estar dirigida a favorecer el proceso de externación de los sujetos, buscando promover su autonomía para que cuenten con herramientas que faciliten su reinserción social.

2. Articulación interinstitucional: teniendo como marco la Ley de Salud Mental, que en su art. 11 promulga: “la autoridad de aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que corresponda, implemente acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria(...)”(Ley de Salud Mental Nacional N° 26.657); nos propusimos contactar con instituciones públicas, ONG y organizaciones de la sociedad civil que brinden capacitaciones, actividades recreativas y laborales con el fin de articularlas con el IPAD.

3. Asesoramiento de espacios recreativos y socio laborales: consideramos que la autonomía puede ser favorecida brindando diferentes canales de información que posibiliten la reinserción social, promoviendo además el derecho a la información y a espacios que permitan fortalecer sus significaciones positivas hacia actividades recreativas y laborales.

4. Empoderar a los sujetos de forma grupal: nos propusimos repensar junto con los sujetos sus potencialidades y capacidades para afrontar el proceso de resocialización.

Esta línea de acción está dirigida a que los sujetos puedan verse ellos mismos conocer otras experiencias y pensar acciones para mejorar su calidad de vida.

4.1.1 Metodología de intervención. De Pacientes a Sujetos de derecho

La manera de nombrar a los sujetos hace a una forma particular de intervención, en este marco, una vez ingresados a instituciones como el IPAD los sujetos pasan a ser “pacientes”, pasivos, dependientes de las decisiones de profesionales y referentes a cargo, sin voz; y son, desde nuestro punto de vista, los sistemas penales y de salud los que reproducen esta dependencia de los sujetos, dejando de lado sus potencialidades para trabajar en última instancia, con la premisa de que lo asistencial es más urgente.

Retomando nuestro objeto de intervención (Escasa autonomía de los sujetos en el proceso de la externación) y los objetivos planteados, trabajamos con los sujetos a partir de dos estrategias, por un lado a través de entrevistas individuales y por el otro con talleres grupales. Ya que sostenemos que a pesar de estar insertos en el sistema penal o de salud mental, todavía tienen voz, proyectos, deseos y posibilidades de vivir una vida plena, una vez superada la situación de internación.

Además, en conjunto con las profesionales de Trabajo Social, se creó un mail exclusivo del área de servicio social, donde se generó una base de datos institucional de manera virtual, con el fin de agilizar y viabilizar la búsqueda de instituciones a la hora de generar diferentes articulaciones. Esta base se caracterizó por estar organizada en una planilla de datos, donde cada institución fue clasificada según: sujeto de intervención, objetivo general y servicios brindados; con su respectiva dirección, teléfono y requisitos a la hora de derivar a un paciente.

A continuación, expondremos las actividades y resultados de las estrategias planteadas con los sujetos.

❖ Estrategia Individual:

En la práctica dentro del IPAD, trabajamos de forma individual con 13 sujetos, los cuales fueron seleccionados en conjunto con las trabajadoras sociales teniendo en cuenta que debían estar en proceso de externación de la institución, haber recibido ya una valoración interdisciplinaria por los equipos tratantes y encontrarse estabilizados (en relación al consumo).

Una vez seleccionados los sujetos, realizamos una revisión de historias clínicas y luego entrevistas semi-estructuradas con los mismos, para indagar su historia vital, experiencia en espacios laborales, recreativos y/o deportivos, expectativas a futuro, posibles soluciones a la situación de vulnerabilidad económica y lazos familiares o sociales con lo que contaban o no.

En la misma entrevista, hicimos entrega de un cuaderno personal a los sujetos, donde podían anotar sus demandas, deseos y expectativas, con el fin de registrar de su propia mano estas categorías; el propósito de entregar estos cuadernos a los sujetos, era que puedan utilizarlos como un recurso de expresión de sus demandas, fuera del espacio de entrevista personal.

A partir de las respuestas obtenidas en dichas entrevistas, nos encontramos con diferencias y similitudes en cada historia y experiencia, es así que con fines analíticos haremos una breve referencia de cada caso con las características más relevantes a nuestro objeto y objetivo de intervención, con la intención de dar cuenta de cómo atraviesa la problemática de consumo a los sujetos, cuáles son sus representaciones y expectativas al salir de la institución. Además, a partir de la sistematización de respuestas, brindamos recursos institucionales a donde los sujetos podían acudir para informarse y/o comenzar con capacitaciones, trabajo o actividades ya sean recreativas o deportivas.

Para la lectura de los casos consideramos fundamental tener en cuenta los aportes de Edgar Morín, quien refiere que “el ser humano es a la vez biológico, psíquico, social, afectivo, relacional. Y recuerda que todos, esos componentes son inseparables, o dicho de otro modo interdependientes. Lo uno afecta lo otro. Los problemas de salud afectan al funcionamiento social de la persona y a la inversa. Lo social, al igual que el resto de los componentes, es juez y parte” (Rodríguez i Molinet, 2009. Pág. 1)

Otra categoría necesaria, previa a la exposición de los casos, es la de género, “éste agrupa todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la feminidad y de la masculinidad (aquellos que le son asignados de manera diferencial a cada sexo por la cultura) y que son interiorizados por cada persona. Unas características que trascienden las diferencias entre los sexos, centradas exclusivamente en aspectos biológicos.

La identidad de género, lo que consideramos como propio o característico de lo femenino o lo masculino, no es algo natural, sino una construcción cultural que se modifica con el paso del tiempo, que condiciona de manera importante los comportamientos, las actitudes y percepciones de la persona y que establece diferencias en el poder y la autoridad de hombres y mujeres. Nacer hombre o mujer implica vivir en contextos culturales con posiciones y recursos desiguales, así como con distintos valores, creencias y actitudes” (Sánchez Pardo, 2009. Pág. 117).

Consideramos fundamental trabajar la problemática de consumo introduciendo una perspectiva de género por varios motivos. En un principio el consumo de sustancias puede afectar tanto a mujeres como hombres, pero la realidad es que los espacios institucionales y/o sociales significan la problemática de forma diferenciada según el género, mientras que entre los hombres el consumo de drogas es percibido como una conducta natural, social y culturalmente aceptada (salvo en casos extremos donde la adicción a las drogas aparece asociada a conductas violentas o antisociales), entre las mujeres supone un reto a los valores sociales dominantes.

Por ello las mujeres con adicción a las drogas soportan un mayor grado de reproche o rechazo social, que se traduce en un menor apoyo familiar o social. Esta diferente respuesta del entorno social ante los problemas de adicción a las drogas, explica por qué muchas mujeres optan por ocultar el problema, por no demandar ayuda, temerosas de ser estigmatizadas como adictas y sufrir la exclusión o rechazo de su pareja, familia y entorno próximo (Sánchez Pardo, 2009. Pág. 125).

Este ocultamiento por parte de las mujeres, se ve reflejado en el IPAD en el plano espacial, en la práctica se puede observar como el uso del espacio de rehabilitación es frecuentado en su mayoría por hombres, mientras que las mujeres permanecen la mayor parte del tiempo en su “pabellón” sin ocupar la totalidad de las camas y sin hacer uso de los espacios comunes.

Más adelante en el análisis y diagnóstico de cada caso expondremos cómo la diferencia de género atraviesa tanto la historia de consumo como las oportunidades, representaciones y posibilidades de reinserción social con que cuenta cada sujeto según sea hombre o mujer.

Con la finalidad de preservar la identidad de los sujetos, los denominaremos con una letra.

- **C.**

Tiene 45 años, cursó hasta segundo año del secundario. Fue internado de forma involuntaria⁸ por orden judicial, a causa de una denuncia de violencia de género por parte de su esposa, con la que tiene cuatro hijos.

C, cuenta que tuvo un negocio de fabricación de pastas, refiere haber “perdido todo” a causa del consumo. Mantiene vínculo con su hermana, quien es la referente en su tratamiento, por otro lado tiene restricción con los hijos y esposa.

Al momento de trabajar las representaciones en relación al trabajo, él considera que si vuelve a realizar alguna actividad remunerada podrá volver a recuperar a su familia. Cuando pasó a tratamiento ambulatorio fue a vivir a la casa de su hermana con la que iniciaron un proyecto de fabricación y venta de empanadas.

En la entrevista de seguimiento contó: *“estoy muy entusiasmado con la venta de empanadas, necesito ver a mis hijos, todos los días voy a caminar eso me ayuda a no pensar en consumir de nuevo”*.

- **V.**

Tiene 27 años, cursó hasta tercer año del secundario. Fue internado de forma involuntaria, llegó al IPAD traído por personal policial a causa de una situación de violencia con su padre, con quien tiene una restricción.

V, trabajó en un lavadero de autos, es tatuador.

Refiere que quiere trabajar realizando tatuajes, plantea la idea de terminar sus estudios secundarios y realizar cursos de dibujo.

Permaneció 40 días en el IPAD y fue dado de alta, cuenta con referentes familiares que lo acompañan en el proceso de rehabilitación.

No volvió a control.

⁸ Internación Involuntaria: se da única y estrictamente en los casos de riesgo cierto o inminente para sí o para terceros/as (en caso de cesar dicho riesgo puede pasar a ser voluntaria o externarse)

- **M.**

Tiene 43 años, estudios primarios completos. Ingreso al IPAD de forma voluntaria⁹.

Trabajó como albañil, ayudante de panadería y venta ambulante.

M, cuenta con su hermano como único referente, quien se encuentra internado en el hospital Neuropsiquiátrico por padecimiento de esquizofrenia. Al momento de la internación se fugó y volvió a la institución alcoholizado. Presenta dificultades para sostener la abstinencia lo que dificulta el proceso de intervención. Continúa internado en espera de trámites para pensión y hogarización en una residencia para adultos.

Destacamos de **M** que no tiene conciencia de enfermedad, es decir no problematiza su consumo por lo tanto tiene continuas recaídas. En el momento de las entrevistas refirió no estar interesado en realizar ninguna actividad fuera de la institución.

- **H.**

Tiene 35 años, estudios primarios completos, tiene una hija de 7 años con su ex pareja. Ingresa al IPAD de forma voluntaria acompañado de sus padres.

En relación a la experiencia laboral, cuenta que tienen un taller en la casa con el padre, con quien trabajaba por la mañana; además trabajó como albañil, jardinero y remisero.

Refiere que le gustaría terminar el secundario hacer cursos de carpintería y ayudar a otros compañero que estén pasando por la misma situación de consumo. Esto fue expresado tanto de forma oral en la entrevista como en el cuaderno que se le entregó, además escribió una carta a su hija diciendo que estaba “recuperándose para poder estar con ella”.

H, se fugó de la institución, regreso a los 3 días de forma voluntaria, en la entrevista de seguimiento nos mostró que había averiguado de los cursos en los lugares que le habíamos brindado (recursos institucionales).

⁹ Para realizar una internación voluntaria se debe: “Solicitar por escrito y en forma personal el consentimiento libre, voluntario, pleno e informado”

En la última entrevista que mantuvimos contó que había podido ingresar al Plan PILA ofrecido por la provincia de Córdoba. Cuenta que esto lo ayuda para “no volver a caer en el consumo, su familia lo apoya y se siente animado”

- **L.**

Tiene 26 años, secundario incompleto. Fue internado de forma involuntaria por orden judicial a causa de una denuncia familiar (ex pareja).

Tiene trabajos previos como tatuador, herrero, carpintero, carrero y mecánico. Su referente es su hermana.

Cuenta que es el sostén de la familia, que no puede estar mucho tiempo dentro del IPAD porque tiene que salir a trabajar con el carro.

Destacamos de **L** la carga que él se impone como jefe de familia, lo que además afecta el vínculo con su pareja, él refiere: “ella se tiene que quedar en la casa porque soy yo quien trae la comida y me hago cargo de sus hijos (que no son míos)”.

Fuera de lo laboral juega al fútbol dos veces por semana, dice que así se distrae de las responsabilidades y del deseo de consumo.

Fue dado de alta y no volvió a los controles, por lo que el seguimiento no fue posible.

- **N.**

Tiene 35 años, terminó los estudios secundarios. Ingreso de forma involuntaria al IPAD a causa de un intento de robo, además tiene una restricción con sus padres.

Su referente es su actual pareja con quien tiene un hijo. Cuenta que tiene buena relación con su hermano.

Tiene una amplia trayectoria laboral, cuenta que trabajó en una fábrica metalúrgica, albañilería, surtidor en una estación de servicio, seguridad privada, como vendedor ambulante y ayudante en una fábrica de cubiertas.

Al momento de la entrevista de seguimiento, **N** nos cuenta que consiguió trabajo en una panadería, se encontraba estable y de buen ánimo, sin deseos de consumo y con

ganas de realizar actividades físicas. Asiste a la iglesia “Cita con la Vida”, dice que se siente contenido en este espacio.

- **J.**

Tiene 35 años, estudios primarios completos. Ingresó al IPAD por derivación de Oliva (Colonia Vidal Abal) donde permaneció internado durante 11 años. **J** padece de esquizofrenia además de consumo de alcohol. El vínculo con su madre es conflictivo, mientras que con el padre es meramente laboral (el padre lo llevaba a trabajar con él en el Mercado de Abasto), debido a los conflictos con la madre, no quieren recibirlo en la casa.

J es muy demandante, pide constantemente volver a Oliva, relacionamos esto con la cantidad de años que lleva institucionalizado lo que dificulta su reinserción en la sociedad.

Utilizó el cuaderno en varias oportunidades para hacer demandas a las profesionales de trabajo social (elementos para su higiene personal y alimentos); desde el área de servicio social se gestiona la posibilidad de hogarizarlo ya que no puede volver a ingresar a Oliva por su problemática de consumo. Se encuentra aún internado en espera del alta médica.

- **G.**

Tiene 33 años, estudios secundario completo. Ingresó al IPAD de forma involuntaria, a partir de una denuncia de violencia realizada por su pareja. Tiene una hija, la cual se encuentra conviviendo con una de sus seis hermanas.

G tiene trastorno de bipolaridad, además del policonsumo.

La historia de **G** presenta particularidades; según su relato comenzó a trabajar a los 16 años en una pizzería- bar, donde se prostituía a cambio de dinero y drogas, desde ese momento mantuvo relaciones conflictivas, que involucran situaciones de violencia, con diferentes hombres, uno de ellos fue el padre de su hija, a quien no volvió a ver después de dar a luz. Esto provocó un colapso emocional en **G**, lo que la llevó a estar internada en el Hospital Neuropsiquiátrico durante seis meses. Cuando le dieron el alta volvió al hogar de sus padres, al poco tiempo su madre falleció por problemas

cardíacos, lo que dio lugar a una nueva crisis emocional, que provocó una recaída en el consumo.

Desde ese momento se produce una ruptura en los vínculos familiares, y **G** encuentra apoyo en su pareja, con quien también establece una relación violenta y de consumo de sustancias. Luego de ser denunciada por violencia, ingresa al IPAD perdiendo la custodia de su hija.

Hasta el momento de las entrevistas, la cotidianidad de **G** se caracteriza por constantes recaídas en el consumo y dependencia relacional¹⁰ con su pareja, con quien además tiene una restricción vigente.

Durante las entrevistas, se trabajó en conjunto con la Trabajadora Social, su representación en relación a actividades fuera del hogar, donde ella expresaba que su pareja era muy “celoso” y por eso no quería salir de la casa; se intentó reforzar su autonomía trabajando en conjunto con ella la importancia que tiene para su rehabilitación ocupar sus tiempos libres con actividades que le guste realizar, en este marco **G** expresó que le gustaría ir al gimnasio y hacer un curso de cocina. También se trabajó en la posibilidad de alejarse de su pareja considerando que su relación no era saludable, y la revinculación con sus hermanas, a los que **G** contestó que: *“no quería terminar con su pareja, ya que con él tenía estabilidad económica y emocional, y que sus hermanas no querían saber nada con ella,”*; en reiteradas oportunidades pidió a la trabajadora social que hablara ella con sus hermanas. En las entrevistas familiares, las hermanas refirieron no poder ayudar a **G** pero si tener la custodia de su hija.

- **T.**

Tiene 47 años, es licenciada y profesora en Arte. Ingresa a la institución de forma voluntaria por consumo de alcohol.

T, fue escultora en una localidad de Sierra Chica (Córdoba), tiene una hija mayor de edad, con la que no tiene vínculo.

¹⁰ Se define el conjunto de comportamientos adictivos cuya matriz nuclear es la relación interpersonal. Una característica frecuente de dicha dependencia es la asimetría de rol, bien por sometimiento voluntario del miembro dependiente, bien como resultado de la dominación impositiva del miembro dominante. El resultado final es la disolución de la personalidad del sujeto dependiente en la del sujeto dominante que puede o no ser consciente de lo que hace.

En el momento de la intervención se encontraba en situación de calle, por lo cual se demoró el alta de la institución; estuvo con anterioridad en la Casa de Medio Camino para mujeres, de la cual se retiró por recaída en el consumo.

En las entrevistas refirió querer realizar cursos de pintura y dibujo, aproximadamente a los 20 días de internación se le brindaban permisos los cuales utilizaba para realizar cursos en el Hospital Neuropsiquiátrico y participar en las actividades que se realizaban en la Casa de Medio Camino que estuvo anteriormente.

En la entrevista de seguimiento, manifestó estar viendo la posibilidad de irse a vivir con una amiga, refirió estar interesada en seguir con los talleres del Neuropsiquiátrico, y poder buscar trabajo en algún lugar relacionado a su profesión.

Destaca la importancia de estos espacios recreativos, como aporte positivo a la recuperación, tanto de ella como de otros compañeros que conoció en esta instancia.

- **A.**

Tiene 20 años. Estudios secundarios incompletos. Ingresó al IPAD de forma voluntaria por policonsumo.

Tiene cuatro hijos, sin experiencia laboral previa. Refiere la intención de terminar el secundario para ingresar a la carrera de policía.

Mantiene un buen vínculo con su familia y pareja, padre de sus hijos.

Utilizó el cuaderno para expresar sus demandas y escribir cartas a sus familiares. No fueron posibles entrevistas de seguimiento, ya que fue derivada a Malagueño para continuar con tratamiento ambulatorio.

- **R.**

Tiene 37 años. Estudios secundarios incompletos. Ingresó a la institución de forma involuntaria, por derivación de un juzgado penal de la provincia de Buenos Aires, por una causa de violencia hacia su madre.

R. padece de esquizofrenia, además del consumo de sustancia. Trabajó en un gimnasio como personal de mantenimiento y fue albañil.

Su único vínculo familiar es su madre con la que tiene una restricción, por lo que se retrasó el alta de la institución, ya que no tiene a donde ir.

Presenta problema para sostener el tratamiento. Durante los permisos que le dieron volvía a la casa de su madre y era traído por la policía por violación de la restricción.

R, es un ejemplo de la institucionalización prolongada por problemáticas sociales, hace un año que no consume, sin embargo sigue internado en el IPAD, en espera que se levante la restricción con su madre.

En las entrevistas refiere el deseo de volver a trabajar, ya que expresa querer ser “útil”, y capacitarse en albañilería.

- **Z.**

Tiene 18 años. Estudios secundarios incompletos. En una primera instancia ingresa al IPAD de forma voluntaria, pero luego es judicializada de forma civil con pedido de custodia, ya que se determinó que presenta riesgo para sí y para terceros.

Z, es insulina dependiente, lo que agrava su salud sumado al policonsumo. Otra característica relevante es su tendencia suicida por lo cual no cumple con los cuidados necesarios para su enfermedad, se fuga constantemente de la institución con recaídas en el consumo.

El único vínculo con el que contaba era su madre, con quien después de pasar un tiempo en la institución perdió contacto, ya que esta dejó de asistir a las visitas y no se pudo volver a establecer contacto con ella.

En las entrevistas se trabajó la posibilidad de realizar actividades que le gustaran fuera de la institución. Surgió el deseo de realizar alguna actividad en relación a la danza; es así que se articuló con la Casa del Joven donde comenzó un taller de baile.

Por falta de referentes familiares y/o comunitarios, y la constante interrupción de tratamiento, hasta la fecha de la última entrevista Yanina seguía internada en la institución.

Cabe destacar que **Z** fue institucionalizada en diferentes lugares desde los 8 años, lo que afectó de forma determinante su autonomía.

- **P.**

Tiene 22 años. Estudios secundarios incompletos. Ingresa a la institución de forma voluntaria.

P, fue albañil y carpintero; él refiere ser el sostén económico de su familia, la cual está compuesta por sus hermanos menores de edad y su madre. Él expresa querer hacer un curso de construcción con durlock y terminar el secundario.

Fue dado de alta de la internación, para continuar con el tratamiento ambulatorio siendo referente su madre. En la entrevista de seguimiento **P** refirió estar realizando un curso de construcción con durlock en el CPC de su barrio.

Como puede observarse cada sujeto tiene una historia particular que lo atraviesa, por lo tanto, la intervención debe ser pensada en relación a dicha particularidad. Como anticipamos, es necesaria una perspectiva de género para pensar la intervención. Si bien la caracterización de cada historia vital es necesaria, no la consideramos pertinente a los fines de nuestro objetivo, ya que la estrategia que planteamos es un refuerzo a la intervención que se viene realizando en el IPAD la cual está más ligada a la satisfacción de necesidades materiales y revinculación de lazos familiares.

Fortalecer la autonomía de los sujetos a partir del trabajo individual requiere de un proceso de escucha de sus deseos y expectativas, para poder ofrecer alternativas para cumplir con dichos deseos; esta tarea se dificulta ya que los sujetos permanecen un periodo relativamente corto de tiempo en la institución y el seguimiento en la externación es casi inexistente. Sin embargo, apuntamos a la incorporación de estas categorías en la intervención diaria de trabajo social, ya que consideramos que favorece en algunos sujetos el logro de una reinserción exitosa.

❖ Estrategia Grupal:

Realizamos dos talleres con el objetivo de reforzar la significación positiva de los sujetos en relación a los tiempos libres, actividades recreativas y trabajo, en este marco surgieron deseos, motivaciones, experiencias que los llevaron a repensar su situación y un notorio compañerismo entre ellos.

En el primer taller se generó un espacio de encuentro y escucha entre los sujetos, con dos consignas planteadas por el equipo: “Experiencias que nos hicieron repensar nuestra vida” y “Qué me gusta hacer, en qué soy bueno, qué quiero hacer cuando salga del IPAD”.

Como positivo rescatamos el espacio de respeto de la palabra del otro, de escucha, opinión y optimismo. Cada uno contaba su experiencia y otro opinaban al respecto, se rescataron muchas cosas que tenían en común y se cerró la mesa de experiencia con la conclusión de que no están solos, que en realidad no perdieron todo y que todavía se puede hacer mucho afuera tanto por ellos mismos como por sus familias.

Como cierre propusimos realizar el segundo taller donde llevaríamos los recursos disponibles en relación a las actividades que habían expuesto que querían hacer afuera del internado.

El segundo taller se llevó a cabo la semana siguiente y solo uno de los que asistieron había estado en el taller anterior, el resto eran todos nuevos en el internado (10 personas), en donde pudimos ver, muchas coincidencias con respecto a las opiniones y reflexiones que salieron en el taller anterior.

Aportamos opciones de instituciones como recursos para la externación, en base a las actividades planteadas en el taller anterior y les propusimos anotar en un cuaderno las que le parecían interesantes según sus expectativas. Todos los participantes hicieron uso del cuaderno anotando los recursos.

Rescatamos como positivo la predisposición de los sujetos a participar y exponer sus opiniones. Por otro lado, como equipo consideramos negativo el hecho de que los participantes del taller anterior no estuvieran ya en la institución, aunque esto debe entenderse como parte del proceso de internación. En el capítulo dos se analizó, cómo las estrategias de intervención de los profesionales están sujetas a tiempos institucionales las cuales se caracterizan por un acelerado proceso de externación de los sujetos. Esto es una de las causas de porque los sujetos que participaron en primer taller, ya no se encontraban cuando se realizó el segundo.

A partir de la experiencia de trabajo grupal en contraste con la estrategia individual podemos observar que la primera permite por un lado, el acercamiento de los profesionales a la problemática a través de una lógica diferente a la de preguntas y respuestas dentro de un consultorio, destacamos que las instancias grupales favorecen el diálogo, la escucha, la cooperación y la participación libre de los sujetos a partir de

compartir experiencias con otros, que se encuentran atravesados por la misma problemática.

En esta línea coincidimos con Esther Custo, cuando afirma que “el hombre es un sujeto social en relación con su mundo, que tiene experiencias y conocimientos, a partir del contacto diario con la realidad concreta, donde a través de las relaciones sociales se estructura un proceso de relación cotidiana. [...Son...] sujetos de necesidades que tienden a satisfacerla en relación con la naturaleza y los hombres” (Custo, 2009. Pág. 20).

De este modo, y siguiendo con los aportes de Custo, destacamos que, a partir de la estrategia grupal que desarrollamos, “los sujetos tienen un lugar social, que definen su participación en el conocimiento y problematización de su realidad concreta y también la posibilidad concreta de su transformación y construcción de alternativas. Esto es posible a través de un pensamiento crítico flexible y creador y de construcción, un reconocimiento y conciencia de sus posibilidades y una organización para satisfacerla mediante el diálogo, la participación, la cooperación y la solidaridad” (Custo, 2009. Pág. 21).

4.2. Evaluación de impacto

La evaluación fue llevada a cabo en dos instancias:

- ❖ Durante: en la cual se planteó un seguimiento de los sujetos a los que entrevistamos en el internado y que le entregamos recursos institucionales, para saber cuántos hicieron uso de éstos y si hubo modificaciones en sus representaciones de tiempos libres, trabajo o actividades recreativas.

En total entrevistamos a 13 sujetos que se encontraban en proceso de externación de los cuales 5 se insertaron en espacios laborales que realizaban con anterioridad o nuevos, como fue el caso de Hernán que ingresó al Plan PILA, otros sujetos comenzaron a realizar capacitaciones de durlock (Pablo), talleres de pintura (Tatiana) y taller de danza (Yanina). De los 8 sujetos restantes hubo dos casos que perdieron el cuaderno y en las nuevas entrevistas no mostraron cambios en su percepción sobre el trabajo y espacios de recreación, cabe destacar que estos sujetos poseen enfermedades de base como esquizofrenia o psicosis con constantes episodios de

recaída en el consumo, 5 sujetos continúan internados en el IPAD esperando el alta al momento de la evaluación.

Destacamos que si bien la entrega del cuaderno, en principio, era para que pudieran anotar las actividades que les gustaría hacer o las demandas que surgieran mientras se encontraban en el internado, fue utilizado por los sujetos para escribir cartas a sus familiares e hijos y en algunos casos compartían lo escrito con los psicólogos del internado. Por lo que se convirtió en un dispositivo de expresión escrita de los sujetos, positivo sobre todo para aquellos que no se comunican de forma fluida con otros compañeros y con los profesionales.

En cuanto a la significación del trabajo, según su discurso en las primeras entrevistas y talleres, consideran que al no trabajar no son útiles, que no pueden aportar en el hogar y que es a causa de la pérdida del trabajo, sumado al consumo de sustancias que “perdieron todo”. Luego de las reflexiones tanto individuales como grupales dimos cuenta, en conjunto con ellos, que no todo estaba perdido, que había otras actividades más allá de lo laboral que nos fortalecen como personas y que realizando actividades que nos gustaban contribuimos a generar espacios saludables, tanto para la familia como para nosotros mismos.

En las entrevistas individuales ese discurso se mantuvo en los sujetos, donde expresaban expectativas de cambio en la externación e intenciones de averiguar dónde podrían realizar estas actividades (algunos lo llevaron a cabo) y encontrar grupos de apoyo emocional para los momentos de abstinencia.

- ❖ Ex-post: Llevamos a cabo dos reuniones, la primera con todas las trabajadoras sociales del área, donde expusimos las actividades realizadas y se generó un espacio de discusión en relación tanto a nuestra intervención como a su trabajo diario. Y una segunda reunión con las trabajadoras sociales del internado, donde se habló de cada sujeto con el que intervenimos para ver avances y retroceso en sus tratamientos.

Las cuestiones más relevantes fueron, por un lado, la necesidad de contar con espacios grupales para trabajar las demandas de los sujetos en el internado, y la importancia de la dimensión *autonomía*, en el proceso de intervención, para favorecer la externación de los sujetos. Nos detenemos en este punto, las trabajadoras sociales consideran que es importante y necesario trabajar teniendo en cuenta el deseo de los

sujetos y sus potencialidades para realizar actividades o buscar trabajo fuera del IPAD, pero lo que ocurre es que, debido al tiempo que están los sujetos internados, solo se atienden cuestiones urgentes como pensiones, revinculación familiar, derivación a casas de medio camino o comunidades terapéuticas. En este punto la dimensión planteada queda en parte fuera del trabajo cotidiano debido a esta cuestión de tiempos.

Por otro lado, se replanteo el quehacer profesional dentro de la institución, las trabajadoras sociales se encuentran continuamente desbordadas por la demanda de sujetos que ingresan al internado y también por la presión por parte de la dirección del IPAD para que se dé el alta médica de los sujetos en tiempos cortos. Esta cuestión fue planteada anteriormente, donde el tiempo del proceso de desintoxicación no se corresponde con los tiempos necesarios para trabajar las dimensiones sociales y familiares de los sujetos.

En esta reunión se presentó la base de datos institucionales actualizada con el email del servicio para ingresar a ella, si bien no llegamos a realizar una evaluación de su utilidad, su realización fue una demanda explícita de las trabajadoras.

La segunda reunión se realizó con las dos trabajadoras sociales encargadas del internado, con las que seleccionamos los sujetos trabajados. En esta instancia hicimos un recorrido por la historia de cada uno de los sujetos llegando a una conclusión muy clara en cuanto a nuestra intervención: no todos los sujetos pueden acceder a un trabajo cuando salen del IPAD debido no solo al consumo sino también a patologías de base, pero si se amplía hacia espacios recreativos o de actividades no enmarcadas en ámbito laboral, si se puede incluir a la mayoría de los sujetos ya que todos tienen expectativas y potencialidades para realizar actividades que sirvan para “despejar su mente”. Por otro lado se concluyó que aquellos sujetos que poseen vínculos relacionales fuera del IPAD tiene muchas más posibilidades de reinsertarse que aquellos que han roto todos sus vínculos.

En resumen, el proyecto planteado es útil, pero no en el tiempo que se llevó a cabo, es necesario un seguimiento más extenso con los sujetos, espacios grupales de diálogo y reforzar vínculos que ya tienen o generar otros nuevos.

Reflexiones Finales

En la presente tesina, nos propusimos como objetivo general fortalecer la autonomía de los sujetos que reciben tratamiento en el IPAD por problemáticas de consumo, a través de estrategias que incorporen sus demandas, sus deseos y potencialidades.

Una vez finalizado el tiempo de práctica pre-profesional, consideramos que nuestro objetivo general fue demasiado ambicioso, teniendo en cuenta el tiempo con el que contamos, sin embargo como se puede observar en las evaluaciones presentadas, hubo un porcentaje de sujetos que supieron aprovechar los recursos brindados y salieron de la institución con el objetivo de encontrar un trabajo o una actividad para realizar.

Por otro lado, en el discurso que surgió de ellos en el espacio de acompañamiento en la externación, se pudo observar la importancia que le daban a estos espacios como una forma de salir de la problemática del consumo, ya que así se sentían acompañados, con un proyecto a seguir y con “algo por que luchar” (Primer y Segundo Taller realizado, 2017)

Teniendo en cuenta el objetivo específico de articular el IPAD con instituciones que brinden espacios recreativos y socio laborales, incorporando en la intervención diaria de los profesionales de Trabajo Social la dimensión de autonomía, remarcamos que el área de servicio social ya contaba con estrategias de articulación con otras instituciones, sin embargo en su mayoría se trabaja con instituciones asilares y sumamente restrictivas debido a los requisitos de ingreso (entre ellos figura no consumir ningún tipo de sustancias).

Apostamos a poner el acento en instituciones que brinden espacios de escucha (como alcohólicos anónimos), espacios recreativos (pintura, danza, canto, etc.) y espacios de capacitación (carpintería, herrería, etc.), el presente objetivo se logró a través de la creación de la base de datos del servicio y sobre todo a través de las reuniones con las profesionales de trabajo social donde, de manera conjunta, se repasó la importancia que tienen estos espacios para la reinserción social de los sujetos.

De esta forma además de las intervenciones asistenciales, en cada entrevista con los sujetos se fueron incorporando estas dimensiones y brindando información sobre los

diferentes espacios disponibles, para que los sujetos puedan asistir al retirarse de la institución.

En cuanto al objetivo de reforzar la significación positiva de los sujetos en relación a los tiempos libres, actividades recreativas y trabajo, se logró a través del diálogo, la escucha activa y la reflexión conjunta en los espacios grupales, donde los sujetos se mostraron más predispuestos (que en las entrevistas individuales) a hablar sin inhibiciones y a repensar en voz alta su situación. Consideramos que de esta manera se vuelve más significativa la percepción de cuestiones como el trabajo, tiempos libres y actividades recreativas, ya que no se ven forzados a decidir qué hacer sino que se reconocen en estos espacios que frecuentemente han dejado de lado a causa del consumo.

Para finalizar, teniendo en cuenta nuestras representaciones al inicio de la práctica pre-profesional, en relación tanto con el consumo de sustancia como con los sujetos que transitan dicha problemática, después del tránsito por la institución cambió por completo nuestra percepción.

Formamos parte de una sociedad que constantemente criminaliza y discrimina a las personas con problemática de consumo, promoviendo prácticas descontextualizadas, que apuntan a modificar la vida de estos sujetos sin tener en cuenta su historia, sus deseos, sus potencialidades, centrando la intervención en cuestiones biológicas.

Luego de un análisis teórico, histórico y metodológico exhaustivo, reconocimos en el IPAD la confluencia de diversas lógicas de intervención, que se encuentran atravesadas por cuestiones estructurales a las que hacíamos referencia en el párrafo anterior; sin embargo existen profesionales que, de una manera contra hegemónica, trabajan junto a los sujetos, no por encima de ellos. Lo que nos llevó a repensar nuestra práctica y la importancia que tiene la escucha activa, el reconocimiento de la historia vital de los sujetos para, de esa forma, generar una intervención integral que vaya más allá de lo biológico, que genere espacios de reflexión, de aprendizaje horizontal.

Hoy apostamos a la educación como el método más efectivo para la prevención de consumo problemático de sustancias, educación que debe estar dirigida no solo a los grupos llamados “de riesgo”, sino a la comunidad entera, para dejar de lado la estigmatización de una problemática que nos afecta a todos.

Por otro lado, en relación a las personas que ya están transitando la problemática, el abordaje debe ser necesariamente interdisciplinario, reforzando la toma de decisiones por parte del equipo profesionales, atenuando la mirada médico/biologicista y dando la importancia y tiempo necesarios a la dimensión social, lo que consideramos tendría como consecuencia un abordaje integral de la problemática.

Por último, sostenemos que el la intervención debe llevarse a cabo no sólo en espacios de internación, sino también en el espacio comunitario, apuntando a un seguimiento y tratamiento en la comunidad de los sujetos, para no aislarlos del espacio social y facilitar su reinserción.

Estamos convencidas de que el fortalecimiento de la autonomía de las personas con problemáticas de consumo es fundamental para lograr el ejercicio de una ciudadanía plena, apuntando a que cada uno de ellos busque lograr el máximo nivel de salud mental y por supuesto psicosocial, pero no de forma aislada, sino insertos en la sociedad.

Bibliografía

- Acevedo, P; Artazo, G & López, E. (2007). *La concepción y nominación de los sujetos como manera de constituirlos*. PONENCIA: XXIV CONGRESO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL - FAAPSS 2007- Colegio de Trabajadores Sociales de Mendoza- Federación Argentina de Asociaciones Profesionales de Servicio Social. Mendoza, Argentina
- Amira Armenta, M. J. (2015). *Las convenciones de drogas de la ONU*. TNI. Recuperado el 5 de Abril del 2018. <https://www.tni.org/es/publicacion/las-convenciones-de-drogas-de-la-onu#box1>
- Aquín, N. & Acevedo, P. (2015). *Sujetos del Trabajo Social. Los Aportes del Debate Actual en la Teoría Social en torno a los sujetos*. Córdoba, Argentina.
- Aquín, N. (1995). *Acerca del Objeto del Trabajo Social*. Revista Acto Social N° 25. Argentina.
- Barroso Zabala, G. (2018). *Duby Barzav- Fotografías*. [Fotos de Paisajes]. Concaran, San Luis. Argentina.
- Becoña, Iglesias, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogo dependencias*. Madrid. España. Recuperado el 22 de Julio del 2018. http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPN/SD/publicaciones/pdf/Bases_cientificas.pdf.
- Becoña Iglesias, E & Cortés Tomás, M. (2010). *Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación*. Editorial: Socidrogalcohol. Barcelona, España.
- Bourdieu, P. (1987). *Cosas Dichas*. Editorial Gedisa. Paris, Francia.
- Calzada, R. (2013). *Nombrando a las drogas*. Documento de Trabajo. Espolea. Recuperado el día 16 de Marzo del 2018 <http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/ddt-nombrandolasdrogas.pdf>
- Camarotti, A. C & Kornblit, A. L. (2015). *Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo*. Revista Salud Colectiva. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 24 de Abril del 2018. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185182652015000200005

- Cardinale, M. E. (2018). *El narcotráfico en la historia de las relaciones internacionales contemporáneas*. Grupo de Estudios de Relaciones Internacionales (GERI) – UAM. Relaciones Internacionales Número 37.
- Carballada, A. (2008). *La intervención en lo social y las problemáticas sociales complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social*. Revista Margen N° 48. Recuperado el 12 de Mayo del 2018. <https://www.margen.org/suscri/margen48/carbal.html>
- Carballada, A. (2012). *La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas*. Revista Margen N° 65.
- Conrad, C; Canabal, I; Ascolani, P & Bertone, D. (2014). *Marihuana en Argentina Historia, rendimiento, usos industriales y terapéuticos del cannabis sativo*. ISBN. Rosario, Argentina
- Costa, R. (1976). *Para una definición social de los actores sociales. La teoría del campo*. Editorial Mimeo. Córdoba, Argentina.
- Criado, E.M. (1998). *Los decires y los haceres*. Universidad de Sevilla. Departamento de Sociología. Sevilla, España. Recuperado el 23 de Mayo del 2018. <https://ddd.uab.cat/pub/papers/02102862n56/02102862n56p57.pdf>
- Custo, M. E., Pinotti, M. G., Bilavick, L. C., Zamarbide, L. A., Domínguez, L. A., Machinandiaarena, A. P., y otros. (2009). *Teorías, Espacios y Estrategias de Intervención Grupal*. Espartaco Córdoba. Córdoba, Argentina:
- Del Olmo, R. (1992). *¿Prohibir o Domesticar? Políticas de drogas en América Latina*. Editorial Nueva Sociedad. Caracas, Colombia.
- De Souza Minayo, M. C. (1997). *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.
- De Riso, S. (2009). *Ficha de Cátedra: “Salud Mental: Primera Aproximación Conceptual”*. Universidad Nacional de Entre Ríos. Entre Ríos, Argentina
- Escohotado, A. (1998). *Historia de las Drogas*. Alianza Editorial. Madrid, España.
- Grisolia, J. (2016). *Interdisciplinariedad*. REVISTA IDEIDES-Revista del Instituto de Estudios Interdisciplinarios en Derecho Social y Relaciones del Trabajo de la Universidad Nacional de Tres de Febrero

(UNTREF). Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 10 de Mayo del 2018.
<http://revista-ideides.com/interdisciplinariedad/>

- González Zorrilla, C. (1987). *Drogas y Control Social*. Universidad de Barcelona, España
- Gómez, A. (2017). *Psicología de la Drogodependencia y Adicciones*. Editorial Brujas. Córdoba, Argentina.
- Grüner, E. (2008). *Marx(ismo) y la praxis del conocimiento*. Lecturas Culpables. Recuperado el 10 de Mayo del 2018.
<https://es.scribd.com/document/193824694/marx-ismo-y-la-praxis-del-conocimiento>
- Jong, E. (2010). *Familia: representaciones y significados. Una lucha entre semejanzas y diferencias*. Espacio Editorial. Buenos Aires, Argentina.
- Huergo, C. (20011). *Tensiones en torno a la Ley Provincial de Salud Mental (9848) como instrumento de transformación. La disputa de sentido*. Cuaderno de Campo de Trabajo de Mesa Permanente de Salud Mental II, Pág. 39-41. Córdoba, Argentina.
- Menéndez, E. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires, Argentina.
- Menéndez, E. (1990). *Antropología Médica, Orientaciones, Desigualdades y Transacciones*. Cuadernos Chata. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Distrito Federal, México.
- Ministerio de Educación. (2009). *Prevención del Consumo Problemático de Drogas. Desde el lugar del adulto en la comunidad educativa*. Presidencia de la Nación Argentina. Recuperado el 24 de Abril del 2018.
http://www.me.gov.ar/me_prog/prevencion/pdf/prev.pdf
- Ministerio de Salud (2017). *Adicciones y Violencia Drogas: “efectos en el psiquismo”*. Valoración pericial en distintos fueros- Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción. Córdoba, Argentina. Recuperado el 12 de Mayo del 2018. <http://escuelajudicial.justiciacordoba.gob.ar/wp-content/uploads/Instituto-Provincial-de-Alcoholismo-y-Drogadiccion.pdf>

- Moral, M. & Fernández, P.L. (1988). *Conceptos fundamentales en drogodependencias*. Editorial HERDER. Recuperado el 19 de Abril del 2018. <http://media.axon.es/pdf/71675.pdf>
- Navarro, M & Durán, A. (2003). *Elementos de la Teoría de los Campos de Pierre Bourdieu para una aproximación al Derecho en América Latina: Consideraciones Previas*. Bogotá, Colombia. Recuperado el 26 de Mayo del 2018. <https://es.scribd.com/document/178717827/Elementos-de-La-Teoria-de-Los-Campos-de-Pierre-Bourdieu-Para-Una-Aproximacion-Al-Derecho-en-America-Latina-Consideraciones-Previas>
- Nirenberg, O., Brawerman J. & Ruiz, V. (2005). *Programación y Evaluación de Proyectos Sociales. Aportes para la racionalidad y la transparencia*. Buenos Aires, Argentina. Paidós
- Penticarari, M., & González, J. (2012). *Ficha de Cátedra: Comentarios sobre el Desarrollo en la Adulthood*. Córdoba, Argentina.
- Pampliega de Quiroga A. (1998). *Crisis, procesos sociales, sujetos y grupos*. Ediciones Cinco. Buenos Aires, Argentina
- Raya Diez, E. (2004). *Exclusión social y ciudadanía: Claroscuros de un concepto*. Aposta Revista de Ciencias Sociales Nº 9. Madrid, España.
- Raiden, M. (2012). *Razón, verdad y experiencia en Prevención de Adicciones: Análisis de la retórica preventiva del Programa Nacional "QUIERO SER"*. Maestría en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Buenos Aires. Argentina.
- Rodríguez Cabrera, A. (2017). *Trabajo de Sistematización de Tercer Trayecto- Comunidad*. Córdoba, Argentina
- Rodríguez i Molinet, J. (2009). *El Paciente crónico y el trabajador social: Más allá de la Ley de Dependencia*. Recuperado el 21 de noviembre del 2017. https://focap.files.wordpress.com/2014/05/el-paciente-cronico-y-el-tsocial_pepitarodriguez.pdf
- Sánchez Pardo, L. (2009) *Drogas y Género*. Editorial Ferapi S.L.Galicia. España

- Santino, U. & La Fiura, G. (1993). *Detrás de la droga: economías de supervivencia, empresas criminales, acciones de guerra, proyectos de desarrollo*. Homo Sapiens Ediciones. Rosario, Argentina.
- Slapak, S. & Grigoravicius, M. (2006). *Consumo de Drogas: Construcción de un problema social*. Secretaría de investigaciones- Facultad de Psicología - UBA. Buenos Aires. Argentina
- Szansz, T. (1985). *Drogas y ritual. La persecución ritual de drogas, adictos e inductores*. Titivillus. Recuperado el 18 de Abril del 2018. www.lectulandia.com
- Szerman, N. (2010). *Protocolo Patología Dual*. Recuperado el 12 de Agosto de 2017. http://www.patologiadual.es/docs/protocolos_patologiadual_intro.pdf
- Recursos escritos de los talleres con Familias de Pacientes Intervenidos del IPAD.
 - Entrevistas realizadas con los sujetos.
 - Primer Taller realizado con los sujetos, Septiembre 2017.
 - Segundo Taller realizados con los sujetos, Octubre 2017.
 - Lic. S. Ramallo (Abril 2017). *Entrevistas al IPAD*. (Loyola, ML & Peralta, C. Entrevistadoras).
 - Lic. L. Cabanillas (Junio 2017). *Entrevistas al IPAD*. (Peralta, C. & Loyola, ML Entrevistadoras).
 - Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas- ONU, 1988.
- Ley N° 11.331. (1926). *Primeros marcos legales sobre adicciones*. Argentina.
- Ley N° 23.737 (1989). *Ley de Estupefacientes*. Buenos Aires, Argentina.
- Ley N° 26.657. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental*. Buenos Aires, Argentina.
- Ley N° 9.848. (2010). *Régimen de la Protección de la Salud Mental en la Provincia de Córdoba*. Córdoba, Argentina.